

XLVIII Legislatura

DIVISIÓN PROCESADORA DE DOCUMENTOS

Nº 2114 de 2019

S/C

Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 16 de mayo de 2018

(Sin corregir)

Preside:	Señora Representante Mabel Quintela.
Miembros:	Señores Representantes Walter De León, Luis Gallo Cantera, Martín Lema Perreta y Nibia Reisch.
Delegados de Sector:	Señores Representantes Ramón Inzaurralde y Juan Federico Ruiz.
Asiste:	Señor Representante Wilson Ezquerra.
Invitados:	Concurre el Ministro de Salud Pública doctor Jorge Basso; Subsecretario doctor Jorge Quian; Directora General de la Salud doctora Raquel Rosa; Director General de Secretaria señor Humberto Ruocco; Directora General de Coordinación doctora Adriana Brescia; Directora General del Fondo Nacional de Recursos doctora Alicia Ferreira; doctor Ariel Montalbán; profesora doctora Lucía Delgado; licenciada Lourdes Galván; licenciado Aníbal Suárez; doctor Martín Rebella y licenciada Natalia Noguez.
Secretaria:	Señora Myriam Lima.
Prosecretaria:	Señora Viviana Calcagno.

═══════II═══════

SEÑORA PRESIDENTA (Mabel Quintela).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social da la bienvenida a la delegación encabezada por el señor ministro de Salud Pública, doctor Jorge Basso, quien vino acompañado por el señor subsecretario, doctor Jorge Quián; la directora general de la Salud, doctora Raquel Rosa; el director general de secretaría, señor Humberto Ruocco; la señora directora general de coordinación, doctora Adriana Brescia; la directora general del Fondo Nacional de Recursos, doctora Alicia Ferreira; el doctor Ariel Montalbán, integrante del Área Programática de Salud Mental; la licenciada Lourdes Galván y el licenciado Aníbal Suárez, adjuntos al ministro; la directora del Programa Nacional de Control del Cáncer, doctora Lucía Delgado; la directora de comunicaciones, licenciada Natalia Nogués, y el doctor Martín Rebella, asesor.

Agradecemos la presencia del señor ministro de Salud Pública y que aceptara la invitación. Esto es muy bueno para el intercambio de la Comisión, cuyo espíritu es ayudar a que la salud de nuestro país sea cada vez mejor.

Esta convocatoria ha sido a iniciativa del señor diputado Lema.

SEÑOR LEMA (Martín).- Agradezco al señor ministro de Salud Pública y a toda la delegación que hoy comparece en este ámbito.

Hemos puntualizado dos temas bien importantes. Uno tiene que ver con la necesidad de un IMAE cardiológico en el departamento de Tacuarembó y el otro tiene que ver con el procedimiento abreviado que funciona en el Ministerio de Salud Pública y los tratamientos de alto costo no comprendidos en las prestaciones del Fondo Nacional de Recursos.

Por un asunto de orden, y para no mezclarnos, me gustaría comenzar por el IMAE cardiológico del departamento de Tacuarembó y después pasar al otro tema. También hay un tema planteado por la señora diputada Reisch.

Voy a iniciar la exposición refiriéndome a las expectativas generadas con dicho centro. El 21 de febrero de 2017 realicé una interpelación al señor ministro de Salud Pública por los centros cardiológicos en los departamentos de Salto y Tacuarembó, sabiendo que son dos ejes de ruta distintos.

Posteriormente, reconocí el gesto del Ministerio de Salud Pública por haber realizado una nueva evaluación el 18 de abril. A pesar de que al principio la argumentación no era favorable para la habilitación del IMAE cardiológico en el departamento de Salto, con el tiempo se cambió de opinión y se procedió a la habilitación, acción que valoramos porque entendemos que en esta actividad debemos estar permanentemente evaluando las circunstancias y las diferentes solicitudes que se promueven por parte de los distintos actores.

Quedó pendiente el IMAE cardiológico de Tacuarembó, que estaba en una situación muy distinta con respecto al IMAE cardiológico de Salto, al menos es lo que teníamos entendido. Cuando hablo de nosotros, no me refiero a mí como parlamentario, sino a esta Comisión, que realizó visitas a Salto y Tacuarembó para interiorizarse de las circunstancias que acompañaban a cada departamento para la instalación de los IMAE cardiológicos.

El de Salto ya ha sido resuelto, aspecto que valoramos -reitero- en la postura del señor ministro. Con respecto al del departamento de Tacuarembó, entendemos que hubo una cantidad de anuncios realizados en el correr del tiempo que, lamentablemente,

generaron expectativas en la población destinataria de la región. Cuando pasa el tiempo y la expectativa no se cumple, se convierte en frustración.

Entiendo que estamos en un momento en el que prefiero que se diga que no hay una fecha o un cronograma a que nuevamente exista un anuncio para que el tiempo nos diga si se cumple o no. La experiencia nos dice -es algo empírico- que hubo muchos anuncios públicos sobre el IMAE cardiológico de Tacuarembó y también muchos incumplimientos.

Sabemos que no todos los anuncios provinieron del doctor Jorge Basso, actual ministro de Salud Pública -debemos decirlo-, ni que se le puede atribuir toda la responsabilidad por estos incumplimientos, pero también es cierto que el partido de Gobierno era el mismo en 2012 y en 2018.

Cuando la gente reafirma, ratifica y elige en forma libre y democrática la continuidad de un gobierno, como lo hizo en el año 2014 -es algo inobjetable-, también aspira a que se concrete la expectativa generada por los anuncios públicos, independientemente de quién ocupe el lugar de ministro de Salud Pública.

Si bien el protagonista personal no ha sido siempre el doctor Jorge Basso, entendemos que hay responsabilidad de una colectividad que hoy sí debe rendir cuentas, principalmente por parte del Ministerio de Salud Pública.

Si nos remontamos a los anuncios a los que hice referencia, veremos que el 30 de octubre de 2012 -así consta en la página web de la Presidencia- el gobierno anunció los IMAE en Tacuarembó y en Salto. Esto fue todos los años, pero me voy a referir a los que más me llamó la atención.

En octubre de 2014, el entonces presidente de la República visitó el Hospital de Tacuarembó y llevó la resolución que autorizaba la instalación del IMAE cardiológico.

El 15 de enero de 2015, quien ocupaba el cargo de ministra de Salud Pública expresó que se esperaba que en el correr de ese año estuviera en funcionamiento el IMAE cardiológico de Tacuarembó.

En el año 2016, se presentaron veinte razones y dieciséis desafíos por parte de ASSE, y en el numeral 8) se planteaba la instalación de un Instituto Altamente Especializado Cardiológico al norte de Río Negro; claramente se refería al de Tacuarembó, porque el de Salto es la extensión de uno privado.

El 26 de abril de 2017, el ministro de Salud Pública, doctor Jorge Basso, anuncia que el IMAE de Tacuarembó abriría antes de fin de año, a la salida de la primera reunión para sentar las bases sobre la extensión del IMAE del Hospital de Clínicas hacia el centro de Tacuarembó.

Reitero que el ministro de Salud Pública decía eso en el año 2017 y que tenemos todos los antecedentes a los que recién hice referencia.

En octubre de 2017, en la página web de la Presidencia se observa que el ministro Basso informa que en 2018 se concretaría el IMAE del Hospital de Clínicas en Tacuarembó.

En abril de 2018, se dijo que entre diciembre y marzo del año siguiente se prevé la inauguración del IMAE del Hospital de Tacuarembó, de acuerdo con lo que resolvieron el Ministerio de Salud Pública, ASSE y la Udelar.

Yo estoy resumiendo algunos de los anuncios que trascendieron públicamente y que generaron expectativas, pero hay otros que también permanentemente generaron expectativas. Creo que debemos terminar con los anuncios y las estimaciones, porque ha

sido suficientemente anunciado que hay intención, que no tenemos por qué cuestionar -todo lo contrario- respecto a establecer un IMAE cardiológico en el departamento de Tacuarembó.

Esto con relación a los anuncios; todo gobernante debe tener responsabilidad de rendir cuentas por ellos.

Pero más importante que los anuncios es la necesidad existencial. A pesar de que mi profesión es la de abogado, para la interpelación del 21 de febrero de 2017 debí estudiar, investigar y aprender el porqué de la necesidad de los IMAE cardiológicos. A partir de ahí, comencé a estudiar las guías internacionales, tanto las americanas como las europeas, que dicen que ante un infarto agudo de miocardio el tratamiento de primera elección recomendado es la angioplastia primaria.

Justamente, la angioplastia primaria se practica en los IMAE cardiológicos y, según las guías internacionales, el mayor efecto que se puede llegar a provocar a través de esta intervención es hasta dos horas después -aproximadamente- de haberse generado el infarto.

Esto hace que quienes se encuentran a una distancia que determina que no puedan acceder a una angioplastia primaria en ese tiempo razonable necesariamente deban recurrir a un tratamiento de segunda elección, que se hace a través de fibrinolíticos. De todas formas, muchas veces deben terminar en un IMAE cardiológico para realizarse un cateterismo de urgencia.

Reitero que, en caso de infarto, no solo las personas que viven en Tacuarembó sino también quienes viven en una zona regional de otros departamentos no tienen expectativas de llegar a los centros cardiológicos -o a los IMAE cardiológicos cuando están en Montevideo- y, si a eso sumamos el deterioro de las rutas y demás, tampoco llegarán a tiempo al IMAE cardiológico de Salto y necesariamente, terminarán con un tratamiento de segunda elección a través de fibrinolíticos y en muchos casos igual deberán trasladarse para proceder a un cateterismo de urgencia.

Esto no solo implica que el paciente no tenga el tratamiento de primera elección, según las guías internacionales, sino que también provoca el deterioro social de su entorno, que tiene que cuidarlo y acompañarlo.

Por lo tanto, hay una real necesidad asistencial como para promover la rápida instalación de un IMAE cardiológico en el departamento de Tacuarembó.

Me he referido a los anuncios que generaron expectativas, a las necesidades asistenciales. Cuando uno observa la página del Fondo Nacional de Recursos comprueba que quienes están en el norte del país, en la medición porcentual no tienen la misma cantidad de recurrencia a dicho Fondo como sí sucede con quienes están en la capital y alrededores. Esto no es necesariamente porque tengan menos problemas a nivel sanitario, sino porque muchas veces cuesta más acceder a beneficios del Fondo Nacional de Recursos.

En este caso, estamos en un nuevo paso hacia la equidad -reitero que hemos concurrido a Salto-, en un nuevo paso para revertir la desigualdad. Y esa fue una de las principales causas para realizar esta convocatoria.

Insisto en que, si no hay una fecha estimada porque no se maneja o porque hoy es imposible estipularla, sería responsable no decirla, porque un nuevo anuncio no haría bien a las expectativas de la gente. De esta forma, también se evitaría reiterar lo que sucedió con el IMAE cardiológico de Salto, que cuando la postura era negativa la gente y las fuerzas vivas del lugar y de la región promovieron movilizaciones -fue un triunfo

ciudadano- para lograr la reflexión y posterior buena decisión del ministro de Salud Pública habilitando dicho instituto.

Creo que estamos en tiempos en los que el consenso y la complementación de los esfuerzos de los partidos políticos son fundamentales en temas como este.

Me ofrezco para todo lo que se puede llegar a hacer -como estoy seguro que también se ofrecen los diferentes parlamentarios que integran esta Comisión- para darle celeridad al tema y conocer si es esta la alternativa a través del Hospital de Clínicas o hay que elaborar otra. Si es a través del Hospital de Clínicas, mejor -de esta forma adelanto mi posición absolutamente favorable-, pero quiero que sea viable.

Quisiera saber si hay una fecha concreta para el funcionamiento del IMAE cardiológico del departamento de Salto, si actualmente se encuentra instalado el angiógrafo en el Hospital de Tacuarembó y, en el caso de que no sea así, agradecería que se indicara qué etapa estaría faltando para disponer de él. A su vez, me gustaría que indicaran si faltan otras condiciones y cuáles serían para su apertura, y si en principio se destinará para hemodinamia o cirugía cardíaca.

En la interpelación y en esta oportunidad hemos dicho que con el correr del tiempo se ha mejorado la técnica a tal punto que la necesidad de cirugías cardíacas ha disminuido, pero entendemos que si se pueden dar las dos cosas sería algo interesante. Por eso pregunté cómo se prevé comenzar.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Es un gusto estar en la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social, hablando de temas importantes.

La participación del ministerio en este ámbito es nutrida; venimos de distintas áreas de la rectoría, y siempre concurrimos acompañados por autoridades del Fondo Nacional de Recursos y otros técnicos asesores.

Esto da cuenta de un tema que para nadie pasa por desapercibido: todo lo que tiene que ver con el sector salud implica un conjunto de definiciones, la articulación de un conjunto de recursos y el seguimiento de una serie de procedimientos, que son propios de las definiciones que se adoptan desde el Ministerio de Salud Pública en defensa del mejor funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud, la mejor administración de los dineros públicos y de la búsqueda de los mejores resultados en términos sanitarios y de los indicadores que de alguna manera destacan a nuestro país en el mundo y la región por su política de salud.

En función de eso quiero hacer un comentario inicial que da cuenta de los desafíos en los que estamos fuertemente trabajando, sin perjuicio del conjunto de contingencias que son propias del funcionamiento de este sector, pero que de alguna manera tienen como norte que las políticas públicas en materia de salud estén fuertemente orientadas a la atención y a mejorar la equidad y el acceso de la atención. Básicamente, deben tener como anclaje la evidencia científica, el trabajo con la academia, con el saber médico, teniendo en claro que en este tema todas las decisiones siempre son opinables y motivo de debate. Solo un país que construye un proceso con la mejor intención de tener un fuerte respaldo en términos políticos y de acción gubernamental podrá lograr que se consoliden las reformas del sector salud, que son las más complejas a desarrollar.

Cuando uno lee y se comunica más, se da cuenta de que los temas que estamos tratando acá también se están tratando en todas partes del mundo. Me refiero a los países que tienen cincuenta o sesenta años de reforma sanitaria.

Tenemos el enorme desafío de que todas las decisiones que tomemos vayan construyendo una política pública con el mayor consenso y acuerdo posibles. Sin

perjuicio de quien circunstancialmente esté al frente del Ministerio de Salud Pública, o del propio Gobierno, para que estas políticas den resultados se requiere continuidad y que se consoliden en el tiempo. Pero eso no pasa habitualmente en el mundo y, por esa razón, hay tantas dificultades en lograr resultados importantes. Nuestro país viene logrando resultados muy buenos que, obviamente a los efectos de que se consoliden, requieren tomar definiciones múltiples en lo que tiene que ver con las prioridades, porque gobernar es necesariamente administrar prioridades.

En este momento, estamos trabajando fuertemente con el tema de la complementación, porque tenemos un sistema de salud muy particular en el mundo. Tenemos cuarenta y tres prestadores de salud para 3.500.000 de habitantes. Es un fenómeno realmente extraño y difícil de explicar en el exterior; es decir, cómo crear un sistema integrado a partir de cuarenta y tres instituciones. Cuando uno repasa los modelos en Gran Bretaña, en España, países que tomamos como referencia, vemos que tienen un gran prestador y, eventualmente, algún otro prestador marginal. Nosotros arrancamos con una realidad que está muy consolidada en nuestra sociedad uruguaya, y hay que manejarla y administrarla tomando en cuenta que el modelo uruguayo no se puede referenciar a otras realidades. En ese sentido, estamos muy pendientes del proyecto de Centros de Referencia a estudio de esta Comisión, que para nosotros es sustantivo, porque tiene que ver con seguir avanzando en la incorporación de algunas nuevas prestaciones con la racionalidad de no superponer recursos cuando se distribuyen prestaciones entre cuarenta y tres instituciones. Esto supone tener una logística, recursos humanos, instalar infraestructura en cuarenta y tres instituciones, lo que genera enormes costos propios de un modelo que no es racional.

La idea de seguir trabajando en la complementación de servicio tiene fuerza e, inclusive, es el concepto de integración del sistema. El concepto integrado no es solamente la sumatoria de, sino que la integración supone, por la propia definición y etimología del término, buscar sinergias, acuerdos, ir articulando recursos preexistentes y otros que vayamos construyendo. Asimismo, el concepto de atención integral es una idea que tiene fuerza. Vamos a trabajar fuertemente en el primer nivel de atención con el equipo básico. Muchas de las patologías cardiovasculares requieren tratamiento de alto costo y muy sofisticados. Obviamente, cuando hay una política en materia de prevención, de promoción de salud, que involucra conductas saludables, va a impactar mucho en las consecuencias de algunos riesgos evitables y de alguna morbimortalidad prevenible. Ese es el gran desafío que tenemos. Precisamente, venimos de participar de una actividad en la cual se mostraba, a partir de una encuesta a nivel mundial, la disminución de la prevalencia en el tabaquismo. Nuestro país sigue bajando la tasa de fumadores, pero también tenemos que abarcar los temas de la alimentación saludable, que impacta fuertemente en las patologías que mencionamos, en promover la actividad física. Estas cuestiones seguramente no tienen impacto mediático, ni generan el mismo nivel de demanda como el hecho de tener cierto equipamiento o tecnología. A veces, se habla del Ministerio de Salud Pública como un logo, pero nosotros queremos hablar de la salud. El gran problema es encontrar cuál es la estrategia para prevenir las enfermedades prevenibles con modelos orientados a estimular la vida saludable. Vaya que este es un tema en el cual la sociedad tiene que participar y no involucra exclusivamente a los médicos ni a otras profesiones. El conjunto de la sociedad tiene que ir incorporando una vida más saludable para prevenir estas enfermedades.

Entonces, con el desafío de la complementación, de trabajar desde el primer nivel de atención con el equipo de salud, tenemos que generar a nivel territorial distintas estructuras para ir resolviendo desde el punto de vista de la recuperación de la salud algunos formatos que permitan dar cuenta de la atención cuando la patología está

instalada. Esto requiere una intervención desde el punto de vista tecnológico con mayores desafíos. En ese sentido, nuestro país tiene al Fondo Nacional de Recursos -precisamente, está aquí presente la gerenta general de este organismo-, que fue creado en 1980. Esta institución ha financiado procedimientos durante veinticinco años, entre los cuales apareció la figura de los IMAE (Instituciones de Medicina Altamente Especializada), para hacerse cargo de algunas de estas prácticas. A partir de ahí, seguramente siguiendo una lógica que viene desde principios de la historia de nuestro país, se generó una fuerte descentralización de los Institutos de Medicina Altamente Especializada, a tal punto que en esos veinticinco años tuvieron un fuerte impacto en la capital del país y en la zona metropolitana. Durante todo ese tiempo hubo una enorme dificultad para generar estructuras fuera del ámbito de la capital del país. El caso más paradigmático es el de la institución más importante que atiende a los habitantes del interior, la actual Fepremi, que tiene sus principales IMAE en la capital del país. Esto muestra el desafío que significa revertir este proceso, que seguramente tiene un conjunto de circunstancias que lo motivan. En ese sentido, estamos generando las herramientas para la extensión de los actuales IMAE hacia el interior.

Finalmente, tuvimos una propuesta de Salto cuantificada y con un plan que no generaba costos adicionales, ni requería dineros públicos, y se pudo poner en práctica la institucionalidad correspondiente. Paralelamente, se comenzaron a hacer las gestiones para que, complementación mediante entre dos estructuras públicas, una dependiente de la Universidad de la República y otra de la Administración de Servicios de Salud del Estado, vinculada al Hospital de Tacuarembó, se hicieran esas sinergias para ver cómo se podía hacer una extensión del IMAE del Hospital de Clínicas a Tacuarembó. Ese es el estado de situación inicial, que dio cuenta de un conjunto de voluntades que se fueron sumando, lo que nos permitió y nos permite seguir siendo optimistas en cuanto a la viabilidad de tal emprendimiento.

Hemos realizado una serie de reuniones al más alto nivel con el rector de la Universidad de la República, con la Dirección del Hospital de Clínicas, con el ex y actual Directorio de ASSE, con el director del Hospital de Tacuarembó, para poner en práctica los acuerdos e inversiones a efectos de viabilizar este emprendimiento.

¿Cuáles han sido los temas que han estado en discusión? En este caso, no había una experiencia previa de extensión del IMAE del Hospital de Clínicas hacia el interior. Recordemos que dentro de los seis existentes, este IMAE, desde el punto de vista cardiovascular, es el que tiene menos volumen, desarrollo y recursos humanos. Tiene una estructura orientada a la asistencia, pero también a la docencia. Por lo tanto, un emprendimiento a distancia con ese perfil de funcionamiento, que no es el tradicional -que es una empresa con fines de lucro-, ha generado que la Universidad de la República, con la autonomía que tiene en estos temas, y el Hospital de Clínicas estén en un proceso interno de toma de decisiones para viabilizar ese emprendimiento. Y, por otro lado, ASSE está generando las condiciones para conseguir el equipamiento y la infraestructura que requiere una instalación de este porte; es decir, está en proceso de licitación de los equipamientos, básicamente, de un angiógrafo, porque en el Hospital de Tacuarembó no solamente se está pensando hacer procedimientos cardiovasculares, sino también neurovasculares. En ese proceso licitatorio se presentaron tres firmas, una de las cuales quedó descartada porque no cumplía las disposiciones que establecía el llamado. En la Administración Pública es muy frecuente que pase que alguna firma presente un recurso. Esta es una particularidad que la diferencia del sector privado y, además, tiene otras libertades en el manejo de los tiempos. En principio, se pensó que se estaba dentro de las fechas manejadas, pero se tuvo que dar un tiempo complementario para resolver el recurso presentado, que tenía que ver con algunas habilitaciones que

deben cumplir los equipos que ingresan al país. Esto está en vías de despejarse ya que es un tema relativamente sencillo. Además, se está en un proceso licitatorio de otros dos equipos muy importantes para las prácticas que se piensa realizar en Tacuarembó, para las cuales ya están los fondos y los procedimientos administrativos en curso. Uno de ellos es una bomba extracorpórea y otra que tiene que ver con la retropulsión aórtica En las últimas reuniones que hemos tenido con las principales autoridades del directorio de ASSE hemos chequeado que ambos equipamientos están en proceso administrativo. Desde el punto de vista del equipamiento tuvimos esa dificultad, que no estaba dentro de la previsión, pero que forma parte de la tarea de administrar en el área pública. Más allá de que este proceso ha llevado más tiempo, se ha despejado, y aspiramos a que se pueda resolver rápidamente.

Otro aspecto que se ha venido trabajando tiene que ver con la dotación de recursos humanos, que no es nada menor. El traslado de personal que se hacía del sanatorio americano a la extensión o a la sede del IMAE en Salto terminó siendo estable. En estos procedimientos puede haber cierto margen de complicaciones y, aunque sean mínimas, deben preverse. Esto determina que haya personal instalado. Precisamente, se está trabajando en la coordinación de recursos humanos entre ambas instituciones. La extensión del IMAE del Hospital de Clínicas a Tacuarembó, a diferencia del que está en el Sanatorio Americano en Salto, incorpora la cirugía cardíaca. Eso implica que haya procedimientos que lleven más tiempo de permanencia en el hospital, con un alta que no es inmediata. Este es un aspecto sustantivo.

Concretamente, somos optimistas porque las máximas autoridades de la Universidad de la República, de la Dirección del Hospital de Clínicas, de ASSE y del Hospital de Tacuarembó están trabajando en estos aspectos para nada menores, siguiendo todos los procedimientos que establece la normativa vigente y también adecuándose a las circunstancias, ya que a veces en los procesos licitatorios se pueden interponer recursos y, como ustedes saben, tienen que cumplirse todas las etapas en forma conveniente para lograr los resultados.

El encare de las políticas vinculadas con patologías cardiovasculares no se limita a este tema. Hemos trabajado con el Fondo Nacional de Recursos en la capacitación y formación de más de cuatro mil cardiólogos en todo el país, con pautas de tratamiento elaboradas con la Sociedad de Cirugía Cardíaca. Más allá de que las instalaciones estén después, estamos hablando de generar una red de servicios con experticia en la materia de todos los profesionales que trabajan en el área para la utilización adecuada de los procedimientos previstos, estableciendo la necesidad de una fuerte mejora en los sistemas de traslados, tanto terrestres como aéreos. Estamos trabajando en que los prestadores integrales de salud -los cuarenta y tres que son los responsables últimos de todo el proceso de atención que sus pacientes reciban, independientemente de que los financie el Fonasa o el Fondo Nacional de Recursos; el prestador integral es responsable de toda la atención integral de los usuarios- estén fuertemente involucrados en este tema. Eso determinó que el Ministerio, a través de la Junta Nacional de Salud, modificara las metas asistenciales y hoy esté pagando a los prestadores de salud cuando pueden identificar entre su población de referencia -no solo entre sus pacientes- cuántos usuarios tienen riesgo de patología cardiovascular, a efectos de tener una actitud más proactiva. No esperan que los pacientes consulten, sino que los van a buscar cuando consultan y después discontinúan por alguna circunstancia de la vida su contacto con el prestador. Este puede identificar esa circunstancia, puede ponerse en contacto con ese paciente, puede interactuar. Hoy, por primera vez, los cuarenta y tres prestadores están trabajando con una actitud proactiva, buscando pacientes hipertensos, con patología cardiovascular,

haciéndose cargo de que no se les pierdan, ya que en un momento pasaron por el centro asistencial y después, por alguna razón, se discontinuó el tratamiento.

Eso tiene que ver con una política integral desde la Junta Nacional de Salud, a través de las metas asistenciales. Las metas se modificaron para alinearlas a los objetivos sanitarios en los que la patología cardiovascular sigue siendo nuestra principal causa de muerte. Por lo tanto, debemos estar atentos a disminuir esa circunstancia.

Hoy, en algunos tramos etarios la cardiología cardiovascular dejó de ser la primera causa de muerte. Ahora esta la patología oncológica que, como en los países desarrollados, sigue creciendo porque hay circunstancias que son prevenibles y otras aún no. Estamos logrando impactar en el núcleo duro de la patología cardiovascular con políticas de prevención, promoción, con una actitud proactiva de los prestadores, con capacitación de los profesionales y con voluntad política para ir distribuyendo, en el actual marco normativo existente, las extensiones de los IMAE, estructuras en el área privada y en el área pública, de tal manera de que salgamos de esta circunstancia propia de un país fuertemente centralizado. A partir de estas políticas proactivas, debemos ir generando mecanismos de distribución de equipamientos y recursos en todo el país.

Esto no es sencillo. Si lo fuera, se habría resuelto en el lapso de veinticinco años, desde que funciona el Fondo Nacional de Recursos, entre 1980 y 2005. No es fácil. Ahora, estamos trabajando con una institucionalidad diferente que tiene su autonomía, como el hospital universitario, lo que está bien.

El rector de la Universidad de la República participa de las reuniones, por lo que para nada podemos ser pesimistas en torno a que vamos a tener resultados. Reitero que hay algunas circunstancias que se generaron y motivaron esta dificultad en cuanto a cumplir con alguna meta que nos habíamos trazado.

SEÑOR LEMA (Martín).- Si bien el señor ministro contestó algunas preguntas que hemos realizado y hasta fue más allá hablando de prevención y demás, lo que siempre es oportuno, debo decir que él hizo referencia a que a veces se dan percances en los procedimientos y yo hablé de anuncios que se dieron en forma permanente durante seis años. Supongo que debe estar monitoreado cómo viene el proceso de una licitación.

Una de las cosas que pregunté es si está definido un ciento por ciento si va a ser en el Hospital de Clínicas o si se maneja alguna alternativa. Usted dijo algo que no es menor -reitero: ojalá sea en el Hospital de Clínicas- : la baja en la cantidad de procedimientos realizados por ese Hospital. En el año 2017, tuvo el 7% de los procedimientos, por lo que puede ser mucho más complejo conseguir los recursos humanos

Ahora que se prevén los procesos y demás, ¿están convencidos de que el Hospital de Clínicas va a poder o manejar alguna otra alternativa? Esa es una pregunta bien concreta.

A la luz de los hechos y percances que se pueden haber tenido, ¿el señor ministro ratifica hoy las declaraciones públicas acerca de que en el año 2018 estará instalado el IMAE cardiológico?

Me permitiré hacerles una sugerencia. Está bien que los proyectos sean ambiciosos, pero uno tiene que cumplir con los fines gradualmente. Si en Salto se optó por una primera etapa de autorización para hemodinamia, ¿por qué en Tacuarembó no se puede comenzar por la parte de hemodinamia y, posteriormente, desarrollar la cirugía cardíaca? Hay que tener en cuenta que las guías internacionales hacen referencia a que algunas exigencias que había años atrás -que haya disponibilidad de cirugía cardíaca por si se da algún tipo de complicación-, hoy no se piden porque el mundo fue cambiando.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Fuimos muy explícitos al decir que los organismos que están involucrados en este desafío extraordinario, que es extender el IMAE del Hospital de Clínicas hacia el interior del país, están fuertemente comprometidos, desde su máxima jerarquía. Por lo tanto, no tenemos por qué desconfiar ni poner en duda esa voluntad de los organismos involucrados. Es más: sabemos que las condiciones que tienen que ver con la puesta en práctica están siendo motivo de análisis permanente por parte de las autoridades. No queremos plantear ningún escenario alternativo porque tenemos claras expresiones de quienes están responsabilizados de la instrumentación en cuanto a que esto tiene enormes posibilidades de concretarse.

Como en la vida nada es ciento por ciento, sería irresponsable si dijera que no puede haber alguna circunstancia imprevista, porque en este momento no la puedo prever, no la conozco. Las máximas autoridades que están al frente de ambas instituciones tienen un fuerte compromiso. Nosotros participamos con ellas en las reuniones a las que hicimos referencia y no hemos escuchado en ninguna circunstancia nada que nos haga temer por cambios en la voluntad política de llevar esto adelante.

En cuanto a la fecha, como estamos hablando de estructuras que están en manos de organismos que tienen su propia autonomía en algunos casos, o sus propias definiciones en otros, y están generando todos los procedimientos administrativos, aspiramos a que se pueda realizar lo más pronto posible. Por razones de respeto a este órgano, sin perjuicio de que tenemos alguna idea, preferimos seguir manejando el criterio de que será lo más rápido posible, pero no daremos una fecha porque hay cosas que están en el área de los organismos competentes y puede surgir algún hecho -así como pasó con el angiógrafo- que haga demorar un mes más. No suponemos tardanzas que vayan más allá de los tiempos razonables.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Agradezco al señor ministro su concurrencia cada vez que la Comisión lo entiende necesario. Siempre viene, y no solo, sino con todo el *staff*. Eso nos gratifica mucho porque demuestra la importancia que da la autoridad sanitaria a la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social.

Creo que el señor ministro fue muy claro. El norte que tenemos es un acuerdo entre ASSE, que es el prestador donde va a funcionar el IMAE, la Udelar y, obviamente, como órgano rector, el Ministerio de Salud Pública, a través del Fondo Nacional de Recursos.

La primera reflexión que hago es que a Seguro se lo llevaron preso hace muchos años. No se puede asegurar un convenio y ponerle fecha. Sin duda, es uno de los convenios más complejos que debe haber porque la Udelar es autónoma. Quedo reconfortado con los palabras del señor ministro cuando dice que la máxima autoridad, el rector de la Universidad de la República, hace suyo este tema. Eso garantiza la voluntad política de llegar a un acuerdo. Pero conociendo cómo es una Universidad, debemos tener los cuidados necesarios. Creo que el Ministerio los ha tenido, así como la prudencia de no poner una fecha concreta.

Desde el punto de vista técnico, se están generando muchas cosas. No conocíamos las dificultades que hubo con la licitación del angiógrafo. Nos reconforta mucho que cuando se vaya a comprar un angiógrafo para cirugía cardíaca se esté previendo la necesidad de un angiógrafo que haga cirugía endovascular cerebral. Están las condiciones dadas en el Hospital de Tacuarembó.

Apuesto a que la decisión política que quedó claramente establecida es que va a haber una extensión del Hospital de Clínicas en el centro del país, en el Hospital de Tacuarembó, y se está trabajando con las máximas autoridades. Mantuvimos reuniones con el presidente de ASSE, quien manifestó exactamente lo mismo. Hay un

convencimiento desde el directorio de ASSE de abrir el IMAE cardiológico en Tacuarembó, a través de una extensión del Hospital de Clínicas. Hoy, lo ratifica el señor ministro de Salud Pública. También está el compromiso de la Universidad de la República, que es la máxima autoridad. La voluntad política está. Sabiendo los tiempos, sería muy aventurado poner una fecha. Sé lo que son los convenios con la Universidad y toda la burocracia que tienen. Lo más importante es la voluntad política de realizarlos.

Haré otra reflexión. Como los pacientes que se operan en el Hospital de Clínicas son solamente el 7% del universo de las patologías que atienden todos los IMAES cardiológicos, si solamente lo limitáramos a la angiografía, seguramente no sería viable. Una de las posibilidades que tiene la Universidad de extender el IMAE es, precisamente, angiografía y cirugía cardíaca. Seguramente, el volumen será mucho mayor. Además, debemos tener en cuenta que el IMAE cardiológico del Hospital de Clínicas está inserto en un hospital universitario y es muy importante que la parte docente se extienda a Tacuarembó. Eso también tiene sus complejidades.

Las explicaciones que dio el señor ministro con respecto al trabajo que se está llevando adelante me dejan muy contento porque se ven avances concretos y reales. Habrá que esperar por el equipamiento y los recursos humanos, lo que es complejo. Hemos conversado con alguna autoridad del IMAE cardiológico sobre la extensión que se abrió en Salto. Es como dice el ministro: empezaron viajando y hoy hay radicados algunos cardiólogos. Seguramente, en Tacuarembó pase lo mismo, lo que a nivel de la Universidad complica más. Hacer un convenio entre privados es mucho más fácil que entre un organismo autónomo, como la Universidad, y un organismo como ASSE.

Arriba y cuenten con nosotros para colaborar.

SEÑOR LEMA (Martín).- Valoro la sinceridad en un tema de estas características, así como la ilusión que se genera. A Seguro no se lo llevaron preso en alguna fecha. El 26 de abril de 2017, el ministro de Salud Pública dijo que el IMAE de Tacuarembó abriría antes de fin de año. En ese entonces, ya se planteaba si se iba a hacer en el Hospital de Clínicas y estaba el problema del equipamiento y de los recursos humanos. En aquel momento, se estableció una fecha: antes del 31 de diciembre de 2017. La prudencia con la que nos encontramos hoy, no estuvo desde 2012 a la fecha. Y siempre se planteó que lo iba a hacer el Hospital de Clínicas. Por lo tanto, siempre estuvo contemplado que había otra institución que a través de un convenio iba a provocar la instrumentación.

A Seguro tampoco se lo llevaron preso en octubre de 2017. En la web de Presidencia de la República informan que según el ministro Basso, en 2018 se concretará el IMAE del Hospital de Clínicas en Tacuarembó. Si no manejar fecha es sinónimo de prudencia, Presidencia estaría cometiendo la imprudencia de establecer una fecha, a sabiendas de los problemas de los recursos humanos, de las instalaciones, a través de otra institución, lo que no es ninguna novedad; siempre estuvo contemplado en todos estos años. Pasamos de tener fechas concretas y anuncios que se fueron incumpliendo a no poder determinar una fecha concreta

Cuando pregunté sobre las alternativas y cómo se pueden llegar a dar problemas que no se pueden prever, ¿qué es lo importante? ¿Celebrar que lo haga determinada institución o que los usuarios de esa regional tengan una mejor asistencia? Para mí, lo más importante son los usuarios. No hay riesgo en una institución, sea privada o pública. Esa es una discusión secundaria. Me genera mayor preocupación que se pueda llegar a evaluar el incremento de la cirugía cardíaca. El mundo va para un lado y nosotros vamos para el otro. Las guías internacionales -las europeas, la guía americana del corazón- dicen que cada vez son menos necesarias las cirugías cardíacas, y el IMAE cardiológico de Tacuarembó, según el señor diputado Gallo Cantera, puede generar mayor incidencia

en la cirugía cardíaca. Me parece que en ese caso estaríamos hablando de ciudadanos clase A y clase B según los riesgos que pueden tener estos procedimientos. Si el mundo fue avanzando y la academia está diciendo que la idea es evitar la cirugía cardíaca considero que debemos de tratar de acompañar la situación en pro de los usuarios y no querer justificarnos expresando cuáles son los argumentos de la capacitación, que en definitiva van a tener consecuencias en los pacientes que son intervenidos a través de hemodinamia. Entiendo que lo que los ciudadanos se merecen es que se dé lo mejor que esté disponible. Ojalá sea a través del Hospital de Clínicas y en ese sentido acompaño lo expresado por el señor ministro que confía en que este va a ser el sistema a implementar para poder contar con un IMAE cardiológico en el departamento de Tacuarembó, auque no está previsto cuándo.

Mi sugerencia sigue intacta: creo que habría que empezar por la hemodinamia. Entiendo que si los procesos son tan desconocidos -al igual que cómo podría llegar a implementarse este sistema- sería prudente establecer alternativas ya que en otras oportunidades -aunque no hoy- se ha hablado de fechas. Más allá de eso el señor ministro está haciendo referencia a lo que tiene para comunicarnos en el día de hoy y valoro el gesto de sinceridad en cuanto a que sería imprudente manejar una fecha concreta a raíz de cómo se viene dando el proceso.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Lamento mucho que el señor diputado Lema no me haya interpretado. Es difícil mantener una discusión científica con alguien que no lo es; es como si yo mantuviera una discusión científica sobre un tratado de Derecho; sería imposible.

En ningún momento dije que una cosa sustituya la otra. El mundo va hacia la cirugía endovascular, sí, pero la cirugía sigue existiendo; por más endoscopías que se hagan hay patologías cardíacas que requieren cirugía y no endoscopía. Cuando me referí a la baja incidencia que tenía el Hospital de Clínicas en el universo de procedimientos y cirugías cardíacas dije que es baja en referencia al resto de los IMAE. Entonces, solamente llevar una parte de un IMAE al Hospital de Tacuarembó no nos parece adecuado. Nos parece bien llevar el combo completo, es decir lo que tiene que ver con angioplastia y con cirugía cardíaca; reitero que una cosa no sustituye la otra. Ese sería el ideal porque, además -seguramente muchos de ustedes los saben, por lo que no es una novedad-, ya se ha hecho cirugía cardíaca en el Hospital de Tacuarembó. Entonces, si pudiéramos llevar una extensión del IMAE completo, con angioplastia y cirugía cardíaca, a mi entender sería mucho mejor. Pero, obviamente, está la doctora Alicia Ferreira que es experta en el tema y nos va a ilustrar al respecto.

SEÑOR DE LEÓN (Walter).- Lo que dice el señor diputado Gallo es correcto porque debemos considerar dónde se va a instalar el servicio y sus características. El Hospital de Tacuarembó tiene una fuerte orientación quirúrgica, en primer lugar porque su director es un cirujano. Tenemos la experiencia de la neurocirugía y, como decía el señor diputado Gallo, ya se han efectuado procedimientos quirúrgicos. Hoy la cirugía cardíaca está muy reglada, los procedimientos más comunes son accesibles y eso concuerda con la política del hospital porque tiene muy buena gestión. Considero que estamos ante problemas burocráticos y de coordinación entre distintos servicios pero creo que luego de que se salven la experiencia va ser exitosa porque ese es un terreno fértil para implantar cualquier servicio, siempre que tenga la demanda y la casuística necesaria en el territorio que le toca cubrir. De manera que creo que por las características del hospital sería bueno hacer el procedimiento completo.

SEÑOR LEMA (Martín).- Simplemente quisiera dejar una constancia. Cuando uno se basa en la evidencia científica eso de discutir con un científico o no lo tomo como un

cumplido porque yo estoy haciendo referencia a guías internacionales y en todo caso debemos discutir sobre ellas. Creo que descalificar a otro por un tema de formación no es propio del debate que estamos teniendo, en el que todos deberíamos intentar aportar, pero lo dejo de lado.

Cuando yo hago esa afirmación es porque en el caso de Salto debemos tener en cuenta la dificultad de los recursos humanos, el equipamiento y demás; antes el señor ministro de Salud Pública habló al respecto con buen criterio y no dijo nada que no se haya basado en el sentido común. Como en Salto, donde en principio se ha llevado la hemodinamia y hasta donde tenemos entendido los resultados son satisfactorios, sugeríamos aplicar lo mismo en Tacuarembó para hacerlo viable ya partiendo de la base de que nadie puede ser tan imprudente de llevar la hemodinamia sabiendo que pueden incrementarse los riesgos de cirugía cardíaca. Nos parecía que si en Salto se aprobó solamente la hemodinamia se podría aplicar el mismo razonamiento en Tacuarembó porque las posibilidades de complicaciones y de cirugía cardíaca valen lo mismo en Tacuarembó que en Salto. Por eso hacía la sugerencia de empezar por un aspecto; no lo hice malinterpretando absolutamente nada sino al revés: como creo que el señor ministro es responsable -no tengo elementos para decir que no lo es- no puedo considerar que fue una irresponsabilidad llevar solamente la hemodinamia al departamento de Salto. No puedo considerar eso sino todo lo contrario. Entonces, se trate de la prestación que sea, el usuario no se tiene que adaptar a la baja de procedimiento del Hospital Clínicas. El Ministerio de Salud Pública tiene que promover las acciones para dar lo mejor al usuario. Por lo tanto, me parecía que manejarnos en forma igualitaria, con los mismos criterios, era la manera de dar una mayor equidad en la asistencia. ¿Qué culpa tienen los usuarios que están en Tacuarembó, Rivera o donde sea, de que el Clínicas tenga una baja cantidad de procedimientos con respecto a otros IMAE cardiológicos? Entonces, que se empiecen a evaluar otras alternativas si ya se da por sentado que pueden incrementarse los riesgos de cirugía cardíaca. Y si la habilitación no procediera por el riesgo de cirugía cardíaca, ¿entonces qué pasó en Salto que sin cirugía cardíaca se terminó habilitando?

Ese era el razonamiento que hacía -a pesar de que hay una tentativa de desacreditarlo, aunque queda solamente en una tentativa- y como se habló de la dificultad de los recursos humanos, si se empieza por hemodinamia, la necesidad de recursos humanos es menor y la posibilidad de viabilizar esta propuesta es mayor. Era simplemente a esos efectos que hice la reflexión.

SEÑORA FERREIRA (Alicia).- De acuerdo con lo que explicaba el señor ministro ya desde hace algunos años se está analizando por parte de los equipos técnicos del Fondo -y de acuerdo con ello asesorando a la comisión honoraria y al Ministerio- acerca de la necesidad de realizar una mayor integración de las atenciones en este caso del área cardiológica o vascular, de modo de lograr mayor equidad y, especialmente, mayor eficiencia en el uso de los recursos. En ese sentido -tal como manifestó el señor ministro-, se está planteando la posibilidad de potenciar al Hospital de Tacuarembó en toda el área de lo que sería un centro cardiovascular, independientemente de que sin duda, y de acuerdo con la normativa actual, la responsabilidad de realizar este tipo de prestaciones como angioplastias, cateterismos cardíacos y cirugías cardíacas, actualmente es de los Institutos de Medicina Altamente Especializada. Por eso la extensión del Instituto de Medicina Altamente Especializado del Clínicas se realizaría en el Hospital de Tacuarembó, pero ya con un enfoque que de hecho el Fondo ha transitado en este Sistema Nacional Integrado de Salud, más hacia lo que son los centros de referencia o los programas de atención, de tal forma de que el Fondo Nacional de Recursos cumpla el rol que tiene actualmente en el sistema, que es el de ser un fondo de financiamiento complementario al Fondo Nacional de Salud para aquellas prestaciones que son de alto

costo o que requieren un financiamiento centralizado. De ese modo -como expresó el señor ministro-, durante todos estos años se ha analizado la posibilidad de esa extensión del IMAE del hospital universitario, claramente con el enfoque de que se trata de una extensión de sus actividades y que, por lo tanto, comprenden tanto la formación de recursos como la extensión y la investigación, además de las prestaciones asistenciales que debe realizar un hospital.

En ese sentido tal vez sería importante expresar cuáles son las indicaciones y las realizaciones con respecto a los actos cardiológicos. El Fondo Nacional de Recursos financia algunos tipos de actos vinculados con la cardiología, que son el cateterismo cardíaco o la hemodinamia cardíaca -tiene dos o tres nombres pero el correcto es cineangiocoronariografía; así es como se denomina-, que es un procedimiento diagnóstico. Concretamente, es la utilización de un catéter endovascular para medir las presiones cardíacas y también para visualizar el flujo coronario de manera de ver si hay algunas arterias coronarias que puedan estar ocluidas o llegar a estarlo de modo de plantear un tratamiento. Una vez que el paciente que tiene problemas de isquemia cardíaca o problemas cardíacos se realiza ese diagnóstico a través del cateterismo, hay otros tratamientos

Aclaro que siempre estoy hablando de pacientes coordinados, que tienen problemas cardiológicos y que van a la consulta del médico, que de hecho son casi el noventa por ciento de las consultas. Es decir que la atención a través de un procedimiento de angioplastia primaria, por suerte, es de muy baja prevalencia; el mayor número de actos que financia el Fondo son coordinados.

Entonces, siguiendo la descripción de cuáles son estos actos podemos decir que una vez que se plantea que el paciente necesita una intervención de algún tipo para poder resolver el problema de su isquemia cardíaca hay dos alternativas. Una de ellas es realizar una angioplastia, que es un tratamiento endovascular en el que mediante un procedimiento similar al cateterismo se introduce un catéter que, además de la camarita de video que tiene en el caso del cateterismo, tiene la posibilidad de romper las placas de ateroma que existen en las arterias coronarias y a la vez, en la actualidad prácticamente en todos los casos, introduce y deja lo que se llama un *stent*, que puede ser con medicamento o sin medicamento, que permite que esa arteria coronaria dure más tiempo sin volver a ocluirse. Ese es uno de los tratamientos

Cuando a través del estudio- diagnóstico se visualiza que el paciente tiene más de una arteria ocluida, o bien que las arterias ocluidas no se pueden desocluir con una angioplastia, se decide realizar una cirugía cardíaca. En ese caso también hay varios nombres; seguramente habrán escuchado hablar de la cirugía de *bypass*, cuyo nombre correcto en realidad es cirugía de revascularización miocárdica, que lo que hace es utilizar -como lo indica su nombre en inglés- puentes como lo pueden ser de vena safena o de arteria mamaria -actualmente los que más se utilizan son de vena mamaria-, y entonces el cirujano coloca puentes entre una arteria coronaria y la otra para que el flujo sanguíneo circule por otros lugares y permita reperfundir adecuadamente el músculo cardíaco que es el problema. Esa cirugía de revascularización miocárdica que se realiza en forma coordinada en realidad viene con una tendencia relativamente estable. Si bien durante los primeros años, cuando se incorporó la angioplastia coronaria como un método de revascularización cardíaca, la cirugía cardíaca de vascularización obviamente tuvo un descenso, actualmente se mantiene en niveles más o menos constantes.

En la cirugía cardíaca a la que se hacía mención, cuando se consideró el tema de la extensión del IMAE en Salto, por suerte, también -como bien decía el señor diputado Lema-, se ha mostrado a lo largo de los años que dada la experiencia y la experticia que

tienen ahora los hemodinamistas, es decir quienes realizan el cateterismo o la angioplastia, prácticamente tiende a cero la posibilidad de que existan accidentes que hagan necesaria la cirugía cardíaca de emergencia. Por eso, como bien se expresaba, lo que dicen las guías actualmente es que no resulta necesario que haya un *backup* quirúrgico al lado porque esas cirugías -que prácticamente ya no existen- para lo único que se utilizarían sería para resolver un accidente en la angioplastia. Pero las otras cirugías cardíacas que son las de revascularización miocárdica se siguen realizando.

La otra cirugía cardíaca que también se sigue realizando y tiene sus números relativamente constantes es la cirugía de recambio valvular. La cirugía cardíaca también se utiliza para sustituir aquellas válvulas cardíacas que se encuentran calcificadas o tienen algún tipo de estenosis o de oclusión de la válvula. Es verdad que hay una tendencia a nivel mundial -en Uruguay recién se está incorporando pero necesita mucha experticia de parte del cirujano- a que ese recambio valvular se realice también por vía endovascular o por vía percutánea, como se denomina. Pero en Uruguay prácticamente el ciento por ciento de las cirugías de recambio valvular se realizan a corazón abierto, que es definitiva a través de una cirugía cardíaca. Todo esto es lo relativo a las prestaciones.

Por otra parte -como también mencionó el señor ministro-, se ha realizado en conjunto con las instituciones, el Ministerio, el Fondo y la Sociedad de Cardiología, una capacitación extensa para todos los cardiólogos porque que se ha visto -esto lo reconocen todos los cardiólogos- que todo el protocolo de actuación frente a un infarto agudo de miocardio muchas veces no es estrictamente cumplido en todos los centros de atención, especialmente del interior de país pero también de Montevideo. Entonces, ese proceso de atención que cuando se realiza bien y a tiempo incluye el tratamiento con un fibrinolítico para aquellos infartos con elevación del segmento ST que precisamente se pueden realizar a través de eso, es decir, en la emergencia -porque el tratamiento de un infarto de miocardio es una emergencia, y está claro, como decíamos en su oportunidad, que la angioplastia primaria sin duda y de acuerdo a lo que se plantea a nivel mundial es el procedimiento de elección en la emergencia-, necesita de un tiempo muy corto para que tenga efecto. Por tanto, como claramente es imposible, y en ningún país ocurre, que haya un centro de hemodinamia con angioplastia en un círculo de dos horas para que los pacientes que están en ese territorio lleguen, lo que se realiza habitualmente y se hace en Uruguay y se está potenciando, es trabajar en el proceso de atención. Y en aquellos lugares que, por ejemplo, en el caso de Salto, están a más de dos horas, o que van a estar a más de dos horas del Hospital de Tacuarembó, se apunta a realizar un primer tratamiento con fibrinolíticos siempre que sea posible. En eso es en lo que se está trabajando actualmente de una manera más integral que permita una continuidad de atención enfocándose en el paciente, sin duda, entre los distintos prestadores. Los IMAE o los servicios especializados son otros prestadores. Es decir que debemos considerar el concepto de que se trata de una red de prestadores que debe actuar de una manera muy coordinada para obtener los mejores resultados.

SEÑOR LEMA (Martín).- Creo que la Comisión ha demostrado su disposición con precisión sobre este tema y en insistir en la necesidad de instalar un centro de estas características.

Obviamente, nuevamente nos ponemos a las órdenes, confiamos en los criterios manejados por el Ministerio de Salud Pública y trataremos de empujar para que esta realidad se concrete cuanto antes porque la población no puede seguir estirando sus expectativas y necesidades.

Particularmente nos consta la favorable intención que se tiene de parte de las autoridades, pero lo que queremos es llevarla a la práctica porque, en definitiva, a través

de las acciones se redundará en mejoras en la calidad asistencial y de mayor equidad para todos los habitantes.

Por lo tanto, seguiremos insistiendo, monitoreando el tema y trabajando para que cuanto antes sea una realidad el IMAE cardiológico del departamento de Tacuarembó.

SEÑORA PRESIDENTA.- Se pasa a considerar el segundo punto del orden del día, relativo al procedimiento abreviado para el otorgamiento de medicamentos que deben ser autorizados por el Fondo Nacional de Recursos. Ordenanza Nº 692.

SEÑOR LEMA (Martín).- Este tema no es nuevo pues en varias oportunidades, en el ámbito de la Comisión, hemos tenido la chance de intercambiar opiniones.

Con mucho respeto, confiando en las buenas intenciones de las autoridades sanitarias -no tengo dudas de que las intenciones son las mejores-, a lo largo del período me he mantenido en una postura de discrepancia en cuanto a las formas de encarar este tema, producto de la desigualdad e injusticia que se genera en una enorme cantidad de casos.

Si me preguntan si todos los tratamientos indicados van a llegar a todos los pacientes, en un escenario de recursos finitos, podría compartir el razonamiento de las autoridades, esté quien esté en el gobierno, pero como no estoy en el gobierno, no puedo decir que todo tratamiento indicado va a llegar a los pacientes porque sería un acto de demagogia.

Sí podemos intentar adoptar medidas inteligentes para que la mayor cantidad de tratamientos llegue a la mayor cantidad de pacientes, porque creo que es insuficiente el esfuerzo que se está haciendo.

Digo esto porque me encuentro con casos que acreditan una desigualdad en el tratamiento a los pacientes y tengo documentos que así lo indican. En algunos casos, a través del procedimiento abreviado, se toman en cuenta criterios clínicos; en otros casos, se le niega el tratamiento al paciente por razones de costo- efectividad, que es otro criterio; y en otros casos se establece algo que a mi juicio es totalmente improcedente, porque se le niega un medicamento al paciente diciéndole que figura en el FTM, pero que no es para esa patología.

En realidad, un paciente con expectativas debería estar más cerca de obtener un medicamento que figura en el FTM por la vía de la excepción, en lugar de estar más lejos porque le dicen que no es para su patología y que no se va a analizar el tema.

Por otro lado, se sigue incumpliendo -tenemos documentación que lo acredita- el compromiso público asumido por el presidente de la República con el senador Luis Lacalle Pou en una carta de respuesta. Una de las cosas que dijo el presidente fue -y cito textual- : "Se harán las consultas debidas con quienes tienen la autoridad para opinar y aconsejar al respecto, que son las correspondientes cátedras médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, y las directivas que de ellas emanen serán respetadas".

Hay recomendaciones de las cátedras que hemos leído -las tenemos en nuestro poder por si alguien las quiere ver- que no son respetadas por la comisión técnica asesora y, por lo tanto, la resolución final no está en sintonía con lo que establece.

Varias veces se habla del costo- beneficio, pero se supone que el costo- beneficio se evalúa a la hora de determinar las prestaciones.

Si en el caso a caso se va a tener en cuenta doblemente el costo- beneficio, se configura un incumplimiento del compromiso asumido públicamente por el presidente de la República.

Esto ya lo hemos discutido. Hay temas de fondo que son bien importantes, algunos hacen a decisiones que requieren mucha determinación y otros requieren transparencia.

En su primera intervención, el ministro de Salud Pública hizo referencia a la creación del Fondo Nacional de Recursos en 1980, que se creó para tener más accesibilidad a la medicina de vanguardia altamente especializada.

Obviamente, con el paso del tiempo, las prestaciones no se mantuvieron en la vanguardia y aparecieron otras con mayor tecnología. No solo estoy hablando de medicamentos, sino de tratamientos y procedimientos en general. En algún momento, en esta Comisión hemos hablado de las endoprótesis de aorta, pues el ministro de Salud Pública manifestó la vocación de incluirla en el Fondo Nacional de Recursos.

Varias veces escuché a diferentes actores del Ministerio de Salud Pública hablar de la famosa puerta giratoria: entran algunas prestaciones y salen otras. Creo que nadie puede estar en desacuerdo con esa afirmación, y entiendo que hay que llevarla a la práctica y que para eso se requieren decisiones que a no todo el mundo le caerán simpáticas, por ejemplo, sacando algunos procedimientos del Fondo Nacional de Recursos y, gradualmente, pasarlos al prestador. Se verá la forma en que se hace, pero algunas prestaciones que hoy tiene el Fondo no manifiestan el espíritu de la definición de su creación con respecto a la medicina de vanguardia y altamente especializada.

Reitero que es importante conocer si hoy tienen algunas prestaciones definidas sobre las que consideran que a corto plazo habrá que buscar alternativas porque hoy no son medicina de vanguardia. Seguramente, ese será un esfuerzo conjunto entre el Fondo Nacional de Recursos y el prestador, y creo que tenemos que empezar a discutir de qué manera se puede hacer.

Voy a diferenciar lo que tiene que ver con el procedimiento abreviado con la coyuntura que conlleva, que es la escasez de recursos finitos, en lo que todos estamos de acuerdo.

Quisiera saber qué prestaciones -técnicas, procedimientos, medicamentos- se considera dar de baja del Fondo Nacional de Recursos y qué se prevé incluir en las prestaciones Si bien hay algunas incluidas como los implantes cocleares, poseen un protocolo bastante restringido; podría incrementarse la cantidad de patologías en medicamentos que se encuentran en el FTM o incluir medicamentos; sabemos que hace poco se incluyó la lenalidomida y lo reconocemos.

Varias veces traté de obtener una respuesta, pero hasta el momento no obtuve una concreta sobre si se prevé realizar un censo de la cantidad de pacientes que no reciben el tratamiento indicado por su médico tratante producto de que no se encuentran en la cobertura del Fondo Nacional de Recursos.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Este tema vinculado al financiamiento de los procedimientos y a los medicamentos de altos precios es de enorme importancia a nivel planetario.

A veces, a uno le llama la atención que en nuestro país, a diferencia de otros lugares del mundo, no se haya instalado el debate sobre el costo de los medicamentos, asumiendo que el precio tiene algo que ver con el costo.

De alguna manera, nosotros tenemos suficiente evidencia a nivel internacional y nacional de que un medicamento que se comienza a adquirir a determinado precio, en una sola negociación puede llegar a rebajar un 10%. Creo que no hay ningún otro servicio o producto en esta sociedad compleja en la que vivimos que tenga ese margen de negociación.

En definitiva, estamos hablando de que en todo el mundo hay un fuerte debate, particularmente en medicamentos que son considerados bienes sociales -las sociedades modernas lo catalogan como un bien social-, pero que se manejan con la lógica dura y pura del mercado que, además, es muy particular.

En general, en cualquier producto el mercado maneja cantidad y precio, es decir, si uno aumenta la cantidad, disminuye el precio, pero en la salud, con los medicamentos, no se sigue ninguna lógica desde ese punto de vista. Es una lógica estrictamente mercantil.

Reitero que miramos qué hacen Gran Bretaña, Noruega y los países escandinavos; todos hacen cosas distintas, pero de alguna forma todos debaten cómo incorporar procedimientos y medicamentos de alcance universal -son sociedades como la nuestra-, planteando muy firmemente las reglas de negociación como país.

En definitiva, no parece lógico que un bien social se maneje con esos precios, que no tienen ningún tipo de razonabilidad.

Desde todos los ámbitos de la academia a nivel mundial -la profesora Lucía Delgado lo ha manifestado varias veces- y en todos los congresos importantes a nivel mundial se debate el precio de los medicamentos y procedimientos, porque de alguna forma la expectativa de vida de la humanidad se prolonga, pero va acompañada cada vez más de carga de enfermedades crónicas y, por lo tanto, más necesidad de acudir, por parte de la población, a financiar servicios con precios que de alguna manera se manejan con una lógica muy mercantilizada que ni siquiera sigue las propias reglas del mercado.

Es un mercado totalmente imperfecto y muy desproporcionado para los países que pretenden una cobertura universal.

Si bien en nuestro país el Fondo Nacional de Recursos financió y financia procedimientos, recién a partir de 2006 también comenzó a financiar medicamentos de alto precio. Y no es porque los medicamentos de alto precio no existieran previamente a 1980 o a 2005, sino que no se habían dado las condiciones para que a través de los organismos correspondientes se incorporaran estas prestaciones.

Si uno hace referencia a la historia de la medicina y de alguno de estos medicamentos para algunas patologías, previo al año 2005, observa que eso estaba exclusivamente vinculado a la capacidad del bolsillo de los ciudadanos, porque no había forma alguna de acceder a ellas a través del derecho del salud por prestaciones obligatorias o por una canasta de prestaciones que de alguna manera bajara a tierra el derecho a la salud en términos concretos para la población.

Obviamente, este es un tema con un montón de componentes. A la hora de financiar a través del Fondo Nacional de Recursos este tipo de prestaciones -tanto procedimientos como medicamentos-, nosotros lo hacemos con un instrumento que cuando uno lo trasmite a nivel internacional llama poderosamente la atención, porque a valores que no superan los US$ 8, cualquier habitante de este país accede a dichos procedimientos. Esto llama muchísimo la atención en el resto del mundo.

Tenemos una cuota promedio del Fonasa de US$ 100, que varía por edad y sexo, que de alguna manera es lo que aporta el Fonasa a las prestaciones, pero la población

paga un porcentaje que oscila entre 4% y 8% en función de sus ingresos, que también es una cuota promedio de US$ 100.

Un servicio de salud con las prestaciones que hoy tienen las distintas instituciones públicas y privadas a un valor de esas características -prácticamente $ 3.000- es lo que le costaría el alquiler de un garaje. Hoy tenemos un servicio de ese monto, al alcance de la población, y un valor de US$ 8 para hacerse cargo de prestaciones de enorme complejidad y de medicamentos de altísimo precio. Esta es una herramienta que de alguna forma debemos cuidar entre todos para que se pueda sostener e incorporarse debido al enorme desarrollo científico en nuestra sociedad moderna, que permanentemente genera desafíos respecto a la incorporación de procedimientos y medicamentos en los servicios que se financian.

En ese aspecto, en esta Administración hemos cursado por una etapa en la que se han incorporado cosas muy importantes en prestaciones, como la reproducción humana asistida de alta complejidad, que es un desafío extraordinario para una sociedad que ha ido postergando, por múltiples razones, la voluntad de las parejas de tener hijos. Eso se ha ido postergando en el tiempo y pasa en todas las sociedades modernas; seguramente hay múltiples razones, pero se ha venido atendiendo ese aspecto y de alguna manera en el Fondo tenemos esas y otras prestaciones que se han incorporado.

Estamos con un desafío extraordinario en materia de incorporación de cardiodesfribiladores en intervención primaria. Teníamos una incorporación que implicaba que el paciente tuviera algún fallo cardíaco para poder incorporarle esto, pero de alguna forma hoy se está instrumentando. Se han incorporado otros procedimientos también muy importantes. En materia de medicamentos, en lo que va de esta Administración, se han incorporado no menos de diez principios activos, también de alto precio.

Tenemos la experiencia de la ordenanza, a la que se le han hecho algunos ajustes. Contamos con el listado de cuáles son los medicamentos que se solicitan por ordenanza, que es un elemento no vinculante, y nos permite saber qué es lo que el cuerpo médico especializado solicita.

Paralelamente, está en marcha una ronda con las distintas cátedras, algunas de las cuales ya están enviando su prioridades, de manera tal de identificar en cada una de las especialidades cuáles son las prioridades que habría que incorporar. A partir de ese diálogo con las cátedras, con la Academia, se está dando un debate muy interesante en el sentido de identificar lo que llamamos “valor agregado” que genera la incorporación de un procedimiento o de un medicamento a los tratamientos convencionales existentes; es decir cuál es el valor agregado en términos de calidad o de prolongación de la vida, y cuál es el costo que eso implica.

Nuestra voluntad es que la Academia también se involucre en este tema, sin delegar nuestra responsabilidad -obviamente, la responsabilidades no se delegan-, pero compartiendo con ella la preocupación de la priorización y el manejo de los recursos para la sustentabilidad del sistema. Se está dando un debate muy fructífero y ya se han hecho varias rondas. Inclusive, tenemos formularios para interactuar con la Academia. Nuestro objetivo sigue siendo definir con precisión cuál es el alcance en términos subjetivos y concretos del derecho a la salud para que no quede indefinido, es decir, que esté claramente taxativo en lo que son las obligaciones tanto de las instituciones financiadas por el Fonasa, como los IMAE financiados por el Fondo Nacional de Recursos. Es decir, cuál es ese conjunto de prestaciones, incluyendo el formulario de medicamentos, que hoy el país prioriza para el alcance de toda la población, sin necesidad de pagos adicionales, salvo en el caso de la reproducción asistida que hay un pago proporcional a los ingresos; pero fuera de ese escenario, acá no hay copago y alcanza a toda la población

Básicamente, la idea es que a partir de la ordenanza y de esta interacción con la cátedra se establezca con precisión una actualización de la canasta de prestaciones que se ofrece, de tal manera de que estén incorporadas al financiamiento del Fondo. Como ustedes sabrán, cada vez que el Fondo Nacional de Recursos incorpora un procedimiento hay todo un estudio, en el cual se tiene en cuenta la prevalencia esperable en la utilización de procedimientos o medicamentos, según el caso, e incorpora a su presupuesto el cien por ciento de los pacientes que pueden llegar a utilizarlo. Es una decisión muy importante porque no está previendo la eventualidad del caso a caso, sino que está comprendiendo el acceso al cien por ciento de las personas que utilicen ese procedimiento. Entendemos que esa forma de financiamiento es una parte básica de la política sanitaria en cuanto a la accesibilidad. Y todo este proceso que hemos instrumentado de ir trabajando con la ordenanza, caso a caso, nos ha dado un insumo muy interesante para identificar cuáles son las demandas que vienen del cuerpo médico nacional y, paralelamente, cuáles son las opiniones que vienen desde las distintas cátedras, vinculadas a las prioridades y al valor agregado de las mismas relativas a su incorporación.

Estamos empeñados en resolver este trabajo en este año. Estamos en la etapa de actualización de las prestaciones, incluyendo el formulario terapéutico de medicamentos. También, en un proceso de depuración, estamos eliminando aquellos procedimientos o medicamentos en desuso y, por lo tanto, no se justifica mantenerlos. Como dije, estamos en una etapa de actualización e iniciando un proceso de incorporación.

Por otra parte, tenemos la etapa de negociación con los distintos actores y, para ello, hemos venido desarrollando una política muy interesante y con muchas perspectivas. Hemos realizado compras conjuntas y negociaciones de precios a nivel de países de la región. Eso ha comenzado a tener resultados positivos. Estamos incorporando medicamentos a precios muy diferenciales, precisamente, fruto de la escala y de una negociación conjunta de países de la región. Todo parece indicar que esta línea de trabajo es potente, que alienta a trabajar en ese mercado imperfecto, como es el de la salud, logrando abatimientos significativos de precio, siempre dentro del marco legal de nuestro país.

Como ustedes saben, en este tema interactuamos con el Poder Judicial y, particularmente, con la Suprema Corte de Justicia. Este tema no es solo de los médicos, de los abogados o de los economistas, sino que involucra a toda la sociedad, porque estamos hablando de cuánto dinero estamos dispuestos a destinar a la salud, cuáles son las prioridades, cómo manejarlas y cómo actuar dentro de las distintas competencias y organismos que existen en el Estado. Hemos mantenido una serie de instancias con la Suprema Corte de Justicia y, como es sabido, ha tenido distintas posiciones sobre este tema en la medida que ha variado su composición. En la composición actual ha habido un respaldo al Poder Ejecutivo, cuya competencia es definir prioridades. Hay cosas que están dentro de lo que el país puede comprometerse a financiar y hay otras cosas que por no tener suficiente evidencia científica o por que los precios están desorbitados y hay que generar alguna alternativa al respecto, todavía no es posible financiar. Inclusive, desde el punto de vista técnico, hemos incursionado en el tema de las patentes, que tiene enorme significación. Estamos todos muy activos para ir resolviendo en tiempo y forma las situaciones que se vayan dando. Es decir, en el caso de que se venza la patente, estar en condiciones de incorporar algún medicamento que pueda ser de otro proveedor y, por lo tanto, abaratar costos. Tenemos experiencia en la incorporación de medicamentos genéricos. Para el caso de los biológicos y biotecnológicos se ha elaborado una normativa para la incorporación de biosimilares. Nuestro país ya ha

incorporado el primer biosimilar, lo que constituye un desafío extraordinario desde el punto de vista de la adaptación a la realidad actual

Estos temas son de enorme complejidad e involucran temas en torno a decisiones, a normativas, a reglamentaciones y a negociaciones, e implican a todo un equipo de trabajo, integrado por técnicos, por profesionales médicos.

Hoy, nos acompañan, además de la profesora Lucía Delgado, catedrática de oncología, el doctor Martín Rebella, quien nos apoya en este trabajo, porque la doctora Marlene Sica pasó al Directorio de ASSE. La idea es tener un fuerte vínculo con la Academia. Además, tenemos un equipo de abogados, algunos de los cuales ustedes ya conocen; son gente joven que está interactuando fuertemente con la desburocratización de todos los procedimientos. En el área de la normativa, además de Lourdes Galván, tenemos un equipo de químicos que están revisando permanentemente las normativas existentes, actualizándolas y viendo cómo nuestro país puede ir acompañando este proceso que se da en todo el mundo. El gran desafío que tenemos es que nuestra canasta de prestaciones esté lo más actualizada posible, que sea pertinente, que está basada en evidencia y que sea sustentable desde el punto de vista económico. Este tema es parte del paradigma de la complejidad del sector salud, que tiene un conjunto de facetas muy complejas, que hay que manejarlas todas a la vez para poder llegar a resultados viables.

Si la señora presidenta me lo permite, cedería la palabra a la doctora Lucía Delgado, que ha estado trabajando fuertemente con las distintas cátedras para seguir avanzando en la articulación de las políticas de medicamentos con la Academia.

SEÑORA DELGADO (Lucía).- Este es un tema que ha crecido y nosotros acompañamos ese crecimiento.

Empecé en oncología en el año 1988 y comencé a ir al congreso americano de oncología clínica y al europeo en los años noventa, pero este tema aparece con fuerza recién en los años 2013, 2014 en el ámbito académico, en la Sociedad Americana de Oncología Clínica, y después en la región. Los países más ricos de alguna forma son responsables de lo que ocurre, y se preocupan, discuten; nosotros venimos un poco de atrás.

La revista *JAMA* publicó un artículo este año y habla de la preocupación del Gobierno de Estados Unidos, de la Academia Nacional de Ciencias y de la de Medicina, de la Asociación Médica Americana y del Panel Presidencial Contra el Cáncer, en cuanto a que no pueden resolver este problema si no logran definir mejor los precios. Por supuesto que hay muchas cosas para mejorar, pero el problema central es ese. Nosotros podemos hacer mil pautas y recomendaciones de diagnóstico y tratamiento, la Academia podrá estudiar y hacer recomendaciones, los gobiernos podrán tener la mejor buena intención y disponer todos los recursos, porque la salud es lo primero, pero igualmente no les va a alcanzar. Eso es ridículo, no va a ocurrir, pero si ocurriera no alcanzaría. ¿Por qué? Porque ha habido un crecimiento desproporcionado de los precios de todo lo que tiene que ver con la salud, que es de lo que estamos hablando, pero fundamentalmente, de los medicamentos. Por ejemplo, este artículo se desencadenó por el registro de un medicamento que vale US$ 850.000. A propósito de eso, los autores escriben este artículo y hacen un análisis de todo lo que viene ocurriendo y de la necesidad de tomar en cuenta el valor del medicamento o del estudio que se va a incorporar. El valor es una relación entre el beneficio y el costo. En el caso de los medicamentos se agrega el costo en toxicidad para los pacientes al costo económico, al precio. Esto es necesario porque no se ha regulado de otra manera. El artículo establece, por ejemplo, que el precio basado en el valor hasta ahora ha reflejado los precios que puede soportar el mercado.

Eso ha ocurrido con medicamentos de alto costo que se desarrollaron en el siglo pasado, con tratamientos dirigidos, con medicina personalizada como, por ejemplo, el viejo imatinib. Este medicamento es uno de los más importantes y ha logrado los mejores resultados en la leucemia mieloide crónica, pese a ser de los primeros y del siglo pasado. En esta forma de fijarse el precio, qué es lo que soporta el mercado, ha aumentado 81% su precio entre 2011 y 2015. Ya recuperaron la ganancia. ¿Por qué sigue aumentando el precio? Esta política de precio basada en lo que puede soportar el mercado no es viable en ningún país del mundo. Nadie puede soportar esto. Por suerte, la innovación existe, pero ese gran aumento en el número de oportunidades de diagnóstico y tratamiento tiene un precio que no tiene que ver con el valor y que no es soportado por ningún sistema de salud. Esto no lo digo yo acá porque de alguna manera me convencieron en el Ministerio de Salud Pública, sino porque lo escuché en los congresos científicos. Ahora, es permanente el tema en todos los congresos de América del Norte y en Europa. En este artículo se propone cambiar y pasar del precio fijado por el mercado a un precio fijado en el valor.

En la mayor parte de los medicamentos no hay relación -tengo mil presentaciones y artículos al respecto- entre el precio y el valor que tiene en cuanto a beneficio para el paciente versus toxicidad.

Tengo otros datos interesantes, como el precio basado en el valor que, precisamente, se enfoca en que la recompensa para la innovación debe basarse en la magnitud del beneficio de la innovación. Yo puse ejemplos de medicamentos como el vemurafenib para el melanoma metastático, que cuando sale al mercado mejora la sobrevida, pero no llega a duplicarla respecto a la quimioterapia convencional; sin embargo, el precio es doscientas veces mayor. Eso fue hace años. Cuando aparecen otros más nuevos, como el nivolumab, que tiene un mecanismo de acción diferente, es un anticuerpo monoclonal anti PD- 1, y está bajo patente -en Uruguay todavía no completó el registro-, aumenta un poquito con respecto al vumerafenib; tampoco llega a duplicar la sobrevida respecto a la quimioterapia, que cuesta unos pocos miles de pesos, pero el precio es cuatrocientas veces mayor. No hay relación y llega un momento en que ningún país del mundo, ponga lo que ponga, lo puede sostener.

Es verdad que tenemos que mejorar, pero hemos hecho cosas. En todos los países cada vez hay más acciones y más reflexión para poder superar esta barrera que es el precio, que se suma a otras, pero son menores en lo que tiene que ver con la cobertura

Lo otro es que cuando vamos al exterior y con la doctora Ferreira mostramos cómo resolvemos parcialmente en Uruguay la cobertura universal sin copago para lo que es alto precio, alto costo y tecnología como la que ofrece el Fondo, los países de la región -Argentina, Chile, Brasil, Paraguay y el resto de América Latina- nos dicen -al principio; ahora nos conocen- : “No puede ser. ¿Cómo hacen eso? Es imposible”. Y cuando les decimos cuánto aporta cada uruguayo para lograr eso, no lo pueden creer porque estamos hablando de cobertura universal y no de haberlo registrado y el que puede que lo compre o se pague un seguro que se lo puede otorgar, sino que nuestro Sistema Nacional Integrado de Salud los pone a disposición, con responsabilidad de los pacientes, solo si mejoran un poco los resultados en la salud. No estamos hablando de tratamientos que curen, por ejemplo en oncología, sino de tratamientos que pueden mejorar la sobrevida o la calidad de vida. Eso es importante. Como los queremos incluir en la mejora y tienen precios tan altos, no podemos dárselos a unos y a otros no. Estamos hablando de cobertura universal que se sostenga en el tiempo. Claro que el precio importa. Si no se tomara en cuenta el precio y se le da a uno, luego hay que dárselos a todos y se los dejo de dar a los otros caso a caso. Se terminó el caso a caso.

Hay múltiples variables y es muy difícil. Yo soy una atrevida por meterme en este tema, que no es lo que me pidieron. Como usuaria y, sobre todo como médico, escuchando a todos desde afuera digo: "Es tan claro que si quiero ver el caso a caso, porque no puedo ponerlo ahora para todos, porque no está el recurso y es un tratamiento que no es curativo, sino paliativo, pero algunos están priorizados, si el precio es tan alto y después no puedo atender el caso a caso de otras situaciones con otros medicamentos, esto tampoco funciona".

Sin duda que es complejo. El principal problema es el precio. Tendríamos que trabajar todos juntos. Estos tratamientos tienen un precio muy alto, que crece. Los países más ricos tienen gráficos que muestran que el precio sigue creciendo, como pasa con el Imatinib, que pese a que es de los años noventa, sigue aumentando su precio: un 80% en tres años. Este es un problema creciente que tenemos que trabajar entre todos: los comunicadores, el Ministerio de Salud Pública fundamentalmente, así como los usuarios, ya que también pueden ayudar si están bien informados y defienden sus derechos. Hay muchas situaciones que no se pueden atender porque lo impide quien vende ese servicio.

Se han hecho esfuerzos en este país. Muchos de los laboratorios que proveen estos medicamentos han trabajado muy bien con el Fondo Nacional de Recursos, lo que ha hecho posible incluir, pese al costo, a la cobertura universal.

El precio es la barrera más importante, pero no es la única. Hay otras que se han ido superando como, por ejemplo, tener el mejor asesoramiento técnico. Creo que Uruguay ha mostrado que consulta cada vez más. Estas situaciones no eran tan frecuentes hace treinta años. Me refiero a que la Facultad de Medicina fuera convocada para un trabajo permanente de asesoramiento técnico para ver qué priorizamos: lo que tenga más valor físico, lo que beneficie más a los pacientes.

La lista de lo que demostró beneficios es muy larga para todas las áreas de la salud. Si hablamos de alto precio, igual es larguísima porque estamos hablando de toda la salud; por ejemplo, en cáncer, todo lo que haya aumentado la sobrevida, la calidad de vida o ambas. Hago el listado, pero son muchas y muy caras. Entonces, tengo que ver cuál pongo primera, segunda, tercera. Veamos cómo las priorizo, de acuerdo con el beneficio clínico. Eso es lo que la Facultad de Medicina se ha comprometido a aportar. Lo ha hecho muchas veces, pero esta vez se trata de un trabajo continuo y permanente. Esperamos que siempre sea así, si resulta lo que esperamos: una mejor priorización de lo que es posible financiar.

Pero lo técnico no es lo único. Por eso, se está trabajando de esta forma, intentando establecer una priorización técnica y luego ver si es posible incluir al menos una parte, la más importante.

Seguramente, el diputado Lema preguntará cuántos pacientes quedan sin tratar. Los casos refieren a tratamientos paliativos. Yo, como médico, quisiera que se incorporaran. Me refiero al viejo y querido Cetuximab, que puede mejorar la sobrevida mediana de los pacientes con cáncer colorrectal, aproximadamente tres meses. Eso es mucho para un paciente con toxicidad, pero tiene un precio tan elevado que no podemos priorizar en otros, que quizás tengan un mayor beneficio o el mismo con menor toxicidad o el mismo beneficio en sobrevida y la misma calidad de vida, pero a un costo menor que nos permita incluir también otras cosas.

Cuando algo cura, está fuera de discusión. También está el medicamento que no cura, pero prolonga tanto la vida, como el Pertuzumab, que se incluyó en diciembre del año pasado. Mejora dieciséis meses la sobrevida mediana de las pacientes con cáncer

de mama metastásico y con excelente calidad de vida; se tolera muy bien. Es una diferencia. Se priorizó. Puedo poner ejemplos de todo lo que se priorizó.

Hay situaciones más graves que quedan sin financiar en la ordenanza. No cuestiono la indicación médica, pero ni siquiera prolongan la vida o mejoran la calidad de vida. A veces pasa que hay falta de información, incluso por parte de los médicos. Yo sé algo de oncología, pero de lo demás sé muy poco. He estado en otros países donde médicos y ministros de salud creen que el Palbociclib mejora la sobrevida diez meses, y es la sobrevida libre de progresión. Ustedes dirán: "Pero si mejora la sobrevida libre de progresión, ¿mejora la calidad de vida?" No está demostrado. ¿Saben cómo se mide la sobrevida libre de progresión? Si una paciente tiene dos nódulos pulmonares y está asintomática, empieza a recibir la hormonaterapia con el Palbociclib. Como está en un estudio clínico, cada tres meses le van a repetir la tomografía de tórax para ver si algún nódulo creció o apareció un nuevo nódulo. Si eso sucede, eso es progresión de la enfermedad y se mide la sobrevida libre de progresión desde que comenzó el tratamiento hasta ese momento. Pero la paciente nunca sintió nada. O sea que ese tratamiento le provocó toxicidad, no mejoró la sobrevida global de la paciente y costó muchos miles de dólares. No está priorizado en ningún país que brinde cobertura universal. Será cubierto por un seguro privado, pero no está priorizado por ningún sistema de salud con cobertura universal. Dije "ningún"; en medicina, como en la vida, alguno vas a encontrar, si buscás. Pero es la excepción. No es razonable y no se propone. Tanto en Canadá como en los países de Europa que tienen cobertura universal, se marcan dos criterios para sostener la cobertura o la propuesta: que prolongue la vida o, al menos, que mejore la calidad de vida. Algún límite hay que poner. Si no mejora la calidad de vida, a la sobrevida libre de progresión sola, la mayoría de los servicios académicos y de los referentes en el mundo no la promueven. No se critica la indicación. Un médico o el paciente puede creer y decir: "Yo me juego. Por las dudas, démelo". Eso es una cosa; no se cuestiona la indicación. El médico puede decir: "Capaz que a ella le puede mejorar la calidad de vida, aunque no esté demostrado". Y la paciente puede decir: "Yo quiero todo". Y está bien que el médico diga: "Está esto". Pero eso es distinto a que cada uno de los uruguayos que ponemos pesitos para el Fondo decida destinar parte de ello a cubrir esa indicación, a priorizarla. Quizás, si bajan mucho los precios de todo podamos con el caso a caso, pero esa no es la situación que vive Uruguay ni ningún país del mundo, porque los precios todavía son terriblemente altos.

Cuando empezamos a vivir esta problemática como médicos y docentes, debíamos construir guías. Tuvimos una discusión muy fuerte en todos los servicios, sobre todo en los que tenían que ver con medicamentos de alto costo. Eso, en la cátedra de Oncología fue muy fuerte. Ahora es cada vez más en casi todas las disciplinas. Pero en ese momento, oncología era una de las que tenía más medicamentos de alto precio. Nosotros estábamos acostumbrados a leer los artículos y si había un beneficio, describíamos el artículo y poníamos: "Se puede considerar. Este prolonga esto; esto lo otro; este nada". Luego, aparece el problema de que nadie puede pagar y vemos que no solo es Uruguay. En realidad, no era que Argentina no pagara. Pagaban las obras sociales. Yo me peleé con la doctora Ferreira y le dije: "¿Cómo que no podemos, si me dicen mis colegas que en Argentina pueden?". Ella me dijo: "Las que pagan eso son las obras sociales". Yo pedí un informe a Argentina para saber bien de qué se trataba y, efectivamente, me enteré de que un 50% de argentinos tienen obras sociales y el resto no tiene nada. Hace unos meses fuimos a Buenos Aires con la doctora Ferreira y el Ministerio de Salud nos preguntó cuánto pagamos en Trastuzumab; nunca habían comprado uno. Esos son los que no tienen nada. El resto tiene obras sociales. Con un copago muchas obras sociales

compran muchas cosas y, otras, menos. A veces, les compran cosas con copago bajo o alto; aquí, la cobertura universal no incluye.

Eso llevó a los docentes de la cátedra -uno lee los artículos que escriben los docentes de Francia, Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, España- a preguntarnos: "¿Qué sabemos nosotros de precios? El presupuesto no da. Nosotros queremos que les den el Pertuzumab, pero no se puede porque les estamos dando esto otro, sin hacer una diferencia, sin priorizar nada". Por eso, el señor ministro hablaba de valor clínico agregado. Cuando vamos a indicar un medicamento y hay alternativas que tienen un beneficio similar y menor costo, deberíamos saberlo. Si hay dos alternativas -como las hubo en su momento- que tienen un beneficio similar y una cuesta cinco veces menos que la otra, la prescripción responsable sería tener una noción de que el beneficio es similar, pero una cuesta cinco veces más que la otra. Me refiero a miles de dólares.

Cuando estábamos en medio de una discusión a lo largo de un año en cuanto a cómo encarar este tema, que significa un cambio en la formación de recursos humanos por parte de la Facultad de Medicina que tiene que introducir aspectos relativos a la farmacoeconomía en la formación de los médicos, algo que hoy incluyen casi todas las facultades de medicina de primer mundo, tuvimos el ejemplo, otra vez, del país que no tiene cobertura universal, pero tampoco puede hacerlo el Medicare para los jubilados ni el bolsillo de los norteamericanos antes de jubilarse. Hace dos años que en sus guías -no son nacionales, pero todos las leen; el señor diputado Lema está muy bien informado, debe haberlas leído más de una vez- introduce el tema precio. Valora las diferentes alternativas de tratamiento. Estas guías son elaboradas por todos los centros famosos -Memorial, Anderson- y se actualizan varias veces en el año. Las alternativas están comparadas, figurando el beneficio clínico, el nivel de la evidencia, la calidad de la evidencia, el precio. Uno ve cómo hay alternativas similares en beneficio, pero que tienen muy distinto precio, y otras que, por lo que nos llega, son superiores, y en realidad no lo son. Al leer los artículos sabemos que no lo son. Pero es muy interesante. Hay más de un ejemplo puesto en estas guías.

Este tema del precio es tan fuerte que los centros académicos norteamericanos lo incluyen en sus guías desde hace dos años. El oncólogo o el reumatólogo no necesita saber el precio, pero sí cómo se compara el beneficio, la calidad de la evidencia y el precio. Con esto ayudamos -que es lo que hacemos en la ordenanza, lo que a veces no se entiende, pero hay que tomar en cuenta todo esto- a una utilización más racional de los recursos para que haya más alternativas para todos.

Por otra parte, es cierto cómo fuera de casa todos nos consideran un modelo. Claro que como tal tenemos que seguir avanzando. Por eso, estamos muy contentos de estar acá, de trabajar juntos y acordar cuáles son las principales barreras. Uno dice: "Pensar todo lo que hemos avanzado, todo lo que hemos hecho, los modelos que hemos construido en el exterior" y organizaciones internacionales como la OMS y la Unión Internacional contra el Cáncer vienen acá y nos lo reconocen; también afuera nos lo reconocen. Eso no quiere decir que digamos: "No hacemos más nada". Creo que se ha hecho bastante.

SEÑOR LEMA (Martín).- Agradezco la intervención. Mi planteamiento fue más concreto. Ya hemos hablado sobre estos temas y conocemos su opinión. La coyuntura no cambió, lo que habla de la coherencia de parte de ustedes. Muchos de los conceptos ya se vertieron en otras oportunidades. No queremos quedarnos con el diagnóstico sino, a raíz de toda la coyuntura, ver cómo mejoramos de acuerdo con los recursos que tenemos. Esto es bien práctico y concreto.

Haré algunas consideraciones a raíz de las intervenciones generales. Creo que hay que cuidar bien la consideración de las cátedras y de la academia con respecto a la función que se desempeña en el Fondo Nacional de Recursos, que tiene en cuenta otros factores. Las cátedras deben ser ciento por ciento científicas en cuanto a las opiniones, comentarios y demás. Así como hay guías internacionales de farmacoeconomía, hay un montón de guías internacionales que solo tienen en cuenta el aspecto científico y no se ven afectadas por la coyuntura de costos y precios. Hay material y evidencia científica sumamente contundente.

Esa coyuntura y el hecho de cómo está parado Uruguay me va a permitir compartir un testimonio concreto. Hace poco, en la ciudad de Buenos Aires visité a la señora ministra de Salud Pública, doctora Ana María Bou Pérez. Le pregunté sobre temas bien concretos para ser descriptivos. Fui con asesores. Me quedé impactado por la cantidad de cobertura que hay en Buenos Aires. Quizás le envíe esta versión taquigráfica para que me expliquen en qué se basaban los comentarios que hacía. Recuerdo el caso del Pertuzumab, que en Uruguay está recientemente incorporado y en la ciudad de Buenos Aires está muy incorporado. De hecho, la comisión técnica asesora en el caso a caso, muchas veces era aliada del Pertuzumab para cáncer de mama. Una de las inquietudes que teníamos era cómo un medicamento que tiene una sobrevida tan importante, en su momento era negado. En ningún momento hablé de temas paliativos. Sí pregunté lo del censo de pacientes. Cuando se es tan contundente al decir que una cosa es la cura y, otra, la sobrevida, hay una contradicción flagrante. Por ejemplo, para la hepatitis C, que sería curativo, el protocolo es sumamente estricto y exigente. Prácticamente hay que llegar a la cirrosis para recibir el medicamento. Estoy de acuerdo con los protocolos. Sería curativo, pero ahí no se aplica el criterio de diferenciar la sobrevida.

También hay otros aspectos que no tienen que ver con el tema medicamentos pero el caso de la endoprótesis de aorta no está comprendido en la prestación del Fondo Nacional de Recursos y la evidencia puramente científica, sin entrar al tema costos, no resiste análisis en cuanto a lo favorable que sería tener procedimientos como ese. A la vez se puede hablar de los implantes cocleares, que no tienen que ver con algo drástico como la vida, pero en los que también el protocolo es sumamente estricto y en ese sentido no estamos acompañando muchas de las necesidades o de la demanda.

Volviendo a los medicamentos hay otros en los que no se trata de analizar si curan o no, como el Fingolimod para la esclerosis múltiple, que a nivel de procedimiento abreviado se da mucho -tengo los informes- y sin embargo no está comprendido dentro del Formulario Terapéutico de Medicamentos.

Mi planteo, desde el punto de vista muy práctico, es acerca de qué se está considerando a futuro bajar e incorporar a las prestaciones del Fondo Nacional de Recursos, teniendo en cuenta toda esta coyuntura de la que ya hemos hablado. Pero se hicieron consideraciones que por lo menos no comparto y frente a las que no puedo dejar de hacer advertencias.

Tampoco comparto que cuando el desafío es mayor y requiere más uniformidad de criterios y transparencia -que es lo que muchas veces no obtenemos en el tratamiento de este tema- no existan. En varias oportunidades he reclamado hasta el cansancio que ustedes publiquen las actas de la evaluación que hace la Comisión Técnica Asesora para considerar incluir o no medicamentos en el FTM o prestaciones en el Fondo Nacional de Recursos. ¿Cómo sabe doña María los criterios que llevan al ministro a resolver qué ingresa y qué sale?¿Cómo sabemos si se están teniendo en cuenta el criterio de la cátedra, los costos, o lo que dicen la cátedra y los costos, o -tanto que se ha hablado del *lobby*- si el *lobby* no está operando? ¿Cómo puede saberlo doña María si no sabe las

razones y las explicaciones concretas por las que algunos medicamentos, tratamientos y procedimientos se incorporan y otros quedan afuera? ¿Cuáles son los argumentos? Entonces, en ese escenario de recursos finitos, en una situación que tal como aquí se expuso se da a nivel mundial, más habría que tener transparencia. Y cuando hablo de transparencia no me refiero a la memoria que publica el Fondo Nacional de Recursos ni nada por el estilo sino a cuál es la motivación de la decisión que lleva a un ministro -el que sea; no estoy hablando del doctor Jorge Basso sino del que le toque estar en ese lugar- para incluir ciertas prestaciones y dejar otras afuera. Aquí hemos escuchado explicaciones teóricas y demás pero en los hechos ¿por qué se incluye determinado medicamento y no otro? ¿Por qué algunos se dejan afuera y no se incluyen? Eso habla de la transparencia y en un escenario de recursos finitos con amenazas a nivel general, como supuestamente le pasa a tantos países, la transparencia debería ser una premisa indiscutida para que toda la población conozca los criterios que llevan a la decisión de un ministro de tener en cuenta ciertas prestaciones y dejar afuera otras, más teniendo en cuenta los inconvenientes que recién mencionábamos.

El señor ministro de Salud Pública decía que se está trabajando para hacer una actualización. Bienvenida sea una actualización profunda para la que habrá que tomar decisiones antipáticas, porque no a todo el mundo le va a gustar decir: "Tal prestación, que está dentro del Fondo Nacional de Recursos, gradualmente no va a estar"; todos aspiran a que esté y eso implica una decisión antipática que no le va a gustar a todo el mundo. Pero frente a esas decisiones hay que tener suficiente determinación y tomarlas. Me parece que en esas actualizaciones deben estar bien claros los criterios por los cuales algunos procedimientos dejan de estar comprendidos en el Fondo Nacional de Recursos o gradualmente dejarán de estarlo y pasarán a los prestadores. Esto es lo considero en cuanto a la transparencia y no es la primera vez que lo reclamo; lo he reclamado desde junio de 2015 y lo he constatado al leer las versiones taquigráficas a raíz de la presencia de ustedes en el día de hoy ya que no me gusta improvisar en ese sentido por lo que me pareció oportuno leer lo que hemos propuesto.

Por otro lado, quiero referirme a las garantías de igualdad. Recién la doctora Lucía Delgado decía, y lo comparto, que dar a algunos sí y a otros no, sin ningún tipo de criterio es una política que si se generaliza no es la más adecuada. Sin embargo, leí y tengo la documentación por la cual en el caso de determinados pacientes se tomó en cuenta el criterio científico y se brindó el medicamento amparándose en él, mientras que otros pacientes tuvieron la negativa porque se decía que por razones de costo- efectividad no se les podía dar el medicamento. Es decir que pasamos de un criterio clínico -porque así se estableció- a tomar en cuenta el factor de los costos con otro paciente, y luego pasamos a recomendaciones favorables de la Comisión Técnica Asesora frente a las que los medicamentos no se terminan dando. Y en algunos casos el criterio era -también lo tengo por escrito- que como el medicamento estaba incluido en el FTM pero no para esa patología no se podía considerar y se le negaba al paciente. Y leí -también me tomé el trabajo de leerlo- qué es lo que contesta el Ministerio de Salud Pública cuando se le dice esto. Contesta algo incongruente porque expresa que en realidad quien se encarga de hacer los protocolos es el Fondo Nacional de Recursos -lo digo para ahorrarnos discusiones- y que cuando se incluyen se lo hace en régimen genérico. Eso es totalmente incongruente porque en ordenanzas como la Nº 86 y anteriores el Ministerio con respecto a dos ejemplos que puedo citar, el Sorafenib y Bevacizumab, establece claramente para qué patologías se incluye el medicamento. Entonces, decir a un paciente que no se va a considerar su caso porque el medicamento está con un criterio general pero no está para esa patología es tomarle el pelo; perdónenme que lo diga así. Además, tal vez haya razones que no alcance a ver pero esto me parece de sentido común porque si el

medicamento ya está para otras patologías, ¿qué es lo que va a pensar el paciente? Que si ya está para otras patologías capaz que pega en el palo o está más cerca al menos de que consideren el análisis caso a caso, de la misma manera que si el medicamento no estuviera en el Formulario Terapéutico de Medicamentos. Fíjense que si un paciente va y el medicamento no está en el FTM se le analiza el caso; otro paciente va, el medicamento está pero no para su patología -lo que a los efectos es exactamente lo mismo- y resulta que se tiene que aguantar que se le diga que en ese caso no se le puede dar porque el Ministerio de Salud Pública lo incluye en forma genérica. Perdónenme que lo diga pero en estas cosas es en las que no estoy de acuerdo con ustedes. ¿Se puede llegar a entender que los recursos son finitos? Por supuesto. ¿Se puede llegar a entender que hay una realidad que es un problema general de muchos países del mundo? Por supuesto. ¿Se puede llegar a entender que Uruguay es un país que intenta ser de avanzada en estos temas de alta tecnología, ya sea medicamentos, procedimientos y demás? Por supuesto; desde el año 1980 entre todos venimos tratando de que el Fondo Nacional de Recursos vaya en esa línea y yo no tengo por qué objetar que los actuales gobiernos intenten permanecer en esa dirección. Lo que no comparto con ustedes, y se los voy a decir mientras sigan manteniendo la falta de igualdad en el tratamiento a pacientes que se presentan por diferentes razones a tratarse, es que sea la vía de la excepción la que logre que se entregue un medicamento.; no comparto la dualidad de criterios. No se puede discutir ya que el propio Ministerio de Salud Pública me contestó a mí que en algunos casos el análisis puede ser el clínico. Sin embargo, tomé contacto con la documentación de otros casos en los que el análisis fue el de costo- efectividad. A la vez, recibí información de otro de casos -lo digo para ejemplificar- en los que se han negado medicamentos porque están para una patología pero no para la que se están reclamando. Entonces, con toda la amenaza general de un montón de circunstancias a las que recién se hacía referencia hay que tener más transparencia y criterios únicos para tratar con igualdad y dar garantías a todos los uruguayos. Eso es lo que me parece que no están haciendo producto de la lectura que fui haciendo a raíz de diferentes ejemplos y del análisis que realicé. Reitero que en eso no estoy de acuerdo con ustedes y me parece que también tienen que resistir el archivo. Si quieren diferenciar entre lo curativo y lo paliativo para los casos en que se padece hepatitis C no se puede tener un criterio tan estricto a la hora de acceder a un medicamento que sería más bien curativo.

Quiero retomar el planteo puntual -aunque se me adelantaron un poco- y una vez más voy a pedir transparencia en la actualización del Fondo Nacional de Recursos que van a hacer, ya que deben tener un criterio único y aplicarlo en el procedimiento abreviado.

A la vez, quiero hacer otra pregunta con respecto a cuáles son los procedimientos y las prestaciones que hoy están bajo la técnica de riesgo compartido, de lo que también hemos hablado en la Comisión.

Por último, quiero recordar que en diciembre de 2016 cursé una minuta de comunicación al Poder Ejecutivo -porque nosotros no tenemos potestades al respecto- de la que me gustaría saber qué piensan, que lo que intenta es incluir los tratamientos de alto costo, tanto los procedimientos como los medicamentos, en el régimen de donaciones especiales. No se trata de ninguna novedad; así es como funcionan la Teletón, la ORT y un montón de centros educativos y demás. En esos casos se incentiva a particulares para que contribuyan con un tratamiento y no solo me estoy refiriendo a un tratamiento medicamentoso sino a lo que puede ser una endoprótesis que hoy sigue sin cobertura del Fondo Nacional de Recursos. Entonces, el particular, así como dona por un montón de circunstancias en nuestro país, podría donar o cubrir tratamientos que hoy, porque los recursos son finitos, no resultan comprendidos. Esa es una iniciativa que he

presentado en su momento y me gustaría saber si cuenta con la opinión favorable de ustedes porque vamos a solicitar su inclusión en la rendición de cuentas.

SEÑORA DELGADO (Lucía).- En primer lugar, quisiera hacer una aclaración al diputado Lema con respecto a un tema que a mí también me costó entender porque no es fácil diferenciar y me doy cuenta de que puede haber una confusión por lo que afirma acerca de la disponibilidad de ciertos fármacos en la vecina orilla. Una cosa es el registro de un fármaco y que esté disponible, y otra incluirlo en Uruguay en el Formulario Terapéutico de Medicamentos, que implica darle cobertura universal, con total independencia de que el seguro que elige el paciente lo brinde o no, como puede ser en el caso de Argentina. Se trata de dos cosas distintas. Yo me refería a la cobertura universal y no a que en Argentina haya Pertuzumab; claro que hay; también había Trastuzumab y no estaba disponible con cobertura universal.

En segundo término, no me referí a las guías norteamericanas de farmacoeconomía, que no las conozco, sino a las guías científicas producidas por los centros académicos -se las voy a hacer llegar al señor diputado Lema-, que en Estados Unidos incluyen todas las indicaciones y consideraciones farmacoeconómicas pidiendo al equipo de salud que las tome en cuenta. A los médicos uruguayos nos cuesta entender esto pero los norteamericanos lo tuvieron que comprender antes porque no se podía sostener.

En tercer lugar, quiero referirme a otro aspecto que también se confunde -y tiene que ver con la transparencia- y gracias a que lo detectamos junto con la doctora Ferreira y todo el equipo escribimos cuál es el proceso por el que se registra e incluye en el FTM un medicamento en el Uruguay. Noto que hay una confusión porque se habla de separar a la academia del Fondo como si fuera este el que toma las decisiones. La academia es totalmente independiente y es convocada para asesorar al Ministerio de Salud Pública o para asesorar en los ateneos médicos que hace el Fondo. En el proceso no está el Fondo; inclusive el cuerpo médico no lo sabía. Tanto es así que una colega oncóloga me dijo: “Lucía: ¿por qué no escriben eso y lo distribuyen entre los oncólogos?”. En ese caso lo hicimos y se aclararon muchas dudas. Precisamente ahora en la página web y también en Twitter pueden encontrar la manera de entrar y ver cuál es el proceso, que está muy claro y transparente, con todos los criterios que se cumplen paso a paso para que finalmente se llegue, con la firma del ministro, a la inclusión de una prestación en el FTM. Lo digo porque luego se los podemos alcanzar pero quería aclararlo porque se da una confusión de la que puede quedar constancia en la versión taquigráfica; puede parecer como que yo hubiera dicho algo que está desactualizado y en realidad lo que hay es un problema de términos: una cosa es el registro -que en Uruguay también había- y otra cosa es la cobertura universal. Una cosa es la academia independiente y no por eso va a dejar de asesorar al Ministerio de Salud Pública o al Fondo Nacional de Recursos desde el punto de vista técnico, con total independencia. Lo quería aclarar porque me parece tan importante que no podía dejarlo pasar.

SEÑOR LEMA (Martín).- A raíz de los comentarios realizados me veo obligado a dejar una constancia. En primer lugar, yo dije que el Pertuzumab -según nos explicó la ministra y buscaremos la información escrita- estaba comprendido; por el momento sabemos distinguir la diferencia entre el registro para habilitar a comercializar y el registro para integrar la canasta básica. Yo estaba hablando de que se brindaba con mucha mayor accesibilidad que en nuestro país. De todas formas, la versión taquigráfica está y, por lo tanto, después podremos monitorear este asunto. Lo que yo escuché lo escuché; en caso de que no esté acreditado en virtud de las conversaciones que vamos a entablar no tengo ningún problema en reconocer el testimonio que recogí en ese sentido. Yo hice referencia a eso porque fue lo que me dijo la ministra y mencioné su nombre para hacer

referencia al tema. Y está bien el procedimiento que se está mencionando; yo no estoy hablando de eso. Lo que digo es que si son varios los que se establecen en ese procedimiento, como los recursos son finitos, es el ministro de Salud Pública quien elige qué prestaciones van a estar comprendidas en el Fondo Nacional de Recursos y otras solicitudes que iniciaron el trámite van a ser descartadas. En realidad lo expresado por la doctora Delgado reafirma más mi postura: a mi juicio con respecto a las que se incluyen deben estar claramente los comentarios y los motivos por los que se están incluyendo, y en cuanto a las que se están dejando afuera y las que se están intentando incluir se deben explicar las razones por las que no se terminan incluyendo.

Yo dije lo de la academia y las cátedras porque en varios pasajes de las reflexiones aludieron al trabajo conjunto que se estaba haciendo. No pongo en duda la intención ni que se quiera contribuir pero me parece que es bueno ser un celoso guardián divisor de la tarea que tiene que hacer la academia en cuanto al asesoramiento y a las directivas que disponga y las decisiones que tome el Fondo Nacional de Recursos.

SEÑOR DE LEÓN (Walter).- Ha sido muy contundente la exposición realizada. Esto plantea un dilema moral porque tiene que ver con garantizar a todos los seres humanos un derecho como el de la salud y el acceso a los medicamentos o a los fármacos y no solo a ellos sino a los procedimientos.

A la vez, esto también genera cuestionamientos políticos porque tenemos un sistema que luego de un cambio que se hizo en 1917 trata de posibilitar a toda la población el acceso a la salud -un sistema que está socializado, que se adoptó en el norte de Europa y luego en Inglaterra y al que nosotros también accedimos-, que convive con otro sistema que está basado en el mercado, en la escasez y en la base de que el mercado no asigna los recursos de la mejor manera. En este marco están los intereses de las corporaciones y la industria farmacéutica, que tampoco se caracteriza por su honorabilidad. Inclusive hay evidencia de que se han mantenido en el mercado medicamentos tóxicos que causan la muerte cuando la industria ya tenía información de que causaban daños muy importantes. A la vez, hay que tomar decisiones en base científica y de políticas públicas. Pero el tema es muy complejo porque esta industria también influye sobre los distintos actores. También hay evidencia de que se ha actuado sobre integrantes de la FDA. Es decir que nunca tenemos la certeza total de que estamos utilizando material con una base científica bien clara porque también hay estudios que demuestran que se ha modificado y seleccionado con sesgo para obtener resultados vinculados a los intereses de los laboratorios. En todo ese ambiente, en un país como Uruguay, que realmente tiene buenos resultados -es obra de todos los gobiernos pero este ha logrado resultados espectaculares, por ejemplo en un indicador como la mortalidad infantil-, tenemos que tomar las mejores decisiones.

Por eso creo que este debate es bueno y que el Gobierno, el Ministerio de Salud Pública, ha tenido una actitud sensata en todas las decisiones. Se pueden cometer errores, y siempre en la medicina es discutible.

El Fondo Nacional de Recursos recurre a los ateneos clínicos; es decir, siempre hay garantías.

También hay influencia de la industria sobre algunos actores que no son médicos, pues todos sabemos que hacen lobby en la prensa, que crean expectativas y que hay manipulaciones. Ese es el clima en el que debemos decidir.

Hemos tomado decisiones sobre Tratados de Libre Comercio porque nuestra medicina se basa en el uso de patentes y se utilizan medicamentos “me too”. Todo eso ha generado muchos problemas.

Es más, en el Instituto Nacional de Salud de Inglaterra tuvieron severos problemas y peores actitudes, porque después de admitir algunos fármacos tuvieron que retirarlos por razones económicas, generando mayores conflictos en la población.

Entonces, no se trata de decir que este es un gobierno insensible o que no considera a las personas -sobre todo a quienes están al final de su vida; todos quisiéramos tener lo mejor-, sino que humanamente se trata de tener la mejor decisión. Estamos en un mercado capitalista y por eso queremos otro tipo de sociedad, en la que la salud y todo lo conexo no se trate como a una mercancía, pero para eso debemos cuestionar a la sociedad, porque es una contradicción reclamar el acceso para todos los ciudadanos, y a la vez defender un sistema que se basa en la escasez y el manejo del mercado según los intereses de las corporaciones y de sus accionistas.

A su vez, los laboratorios argumentan que se fijan esos precios porque deben destinar fondos para la investigación y el desarrollo, pero eso no es así porque generalmente los laboratorios que desarrollan productos innovadores son pequeñas compañías.

Además, tenemos los medicamentos biológicos. Las dos ramas de la biotecnología prácticamente se desarrollaron al borde del Río de la Plata. Una de ellas fue desarrollada por Alejandro Zaffaroni, uruguayo, formado en nuestra universidad, y la otra por el químico argentino César Milstein, a quien le otorgaron el premio Nobel por sus trabajos sobre los anticuerpos monoclonales, investigaciones que realizó en el Instituto Malbran, acá al lado; posteriormente, la dictadura lo expulsó y terminó el proceso de formulación en Cambridge, pero lamentablemente los latinoamericanos no tenemos esa patente.

Este es un tema muy complejo y delicado. Creo que hay que seguir dialogando seriamente en la sociedad, pues esto no puede ser motivo de cuestionamiento al ministerio. Entiendo que el ministerio ha actuado de acuerdo con el estado del arte y con el criterio de aplicar las mejores políticas públicas en un tema complejo; Estados Unidos que no tiene un sistema equitativo, e Inglaterra, que tiene un sistema nacional de salud, también enfrentan dificultades. En Suecia, Finlandia y en todos lados se está discutiendo el acceso a los medicamentos, que es un problema de precios y del sistema basado en el lucro.

En cuanto a la formulación del FTM, no lo hizo este Gobierno sino que estaba desde antes. Aquí nos referimos a la responsabilidad del debate.

En cuanto a las radiografías, que ahora se hacen en forma digital, recuerdo que cuando ejercí como médico clínico en mi pueblo era jefe de una sala en un hospital público, durante otros gobiernos, y a los pacientes les tenía que decir que fueran a La Canasta, que era un comercio, o a algún otro comercio, pues allí iban a poder comprar una placa. Y la mayoría del tiempo no había ampicilina en el hospital; en ese tiempo no se la consideraba como un medicamento de alto costo y se utilizaba para tratar enfermedades simples. Tampoco había medicamentos para tratar cosas comunes, por ejemplo, la hipertensión.

Cero que hemos logrado muchos avances y que destinamos casi trece puntos del PBI a las políticas de salud pública.

¿Se cometen errores? Sí, como en todo proceso. Hubo también errores y problemas de ingeniería cuando se pretendió llevar el hombre a la luna. En este caso se trata de manejar seres humanos y tomar decisiones en un ambiente muy complejo en el que coexisten intereses de una industria que no tiene nada de santa, que en mayor medida engaña a la población y que tiene un impresionante poder de lobby, que ejerce entre los uruguayos.

SEÑOR REBELLA (Martín).- Voy a complementar algunos aspectos mencionados por la profesora Delgado, pues entiendo que aportarán al debate y a la discusión de este tema. Lo haré desde una perspectiva sesgada, como clínico, pues cada uno ve este problema muy complejo desde su óptica, pero sabiendo que también participan distintas miradas desde la medicina, el derecho, la economía y la sociedad en su conjunto.

Reitero que estamos muy sesgados desde una perspectiva clínica porque mayoritariamente nuestra actividad la ejercemos como clínicos y docentes de la facultad.

Un aspecto que hemos conversado con Lucía es que la comunidad médica, cuando elabora guías de prácticas clínicas, debería empezar a poner sobre la mesa los precios.

¿Qué es lo que uno busca cuando prescribe un fármaco? Evaluar la eficacia, la seguridad, los efectos adversos y la conveniencia; es mejor tomar un medicamento una vez al día que tomarlo seis veces. Antes en la formación médica no se hablaba de los precios de los medicamentos. Ante dos medicamentos similarmente eficaces y con similares perfiles de seguridad, uno debería elegir el de menor precio, pero eso no es lo que ocurre.

Recién ahora estamos intentando poner sobre la mesa estos temas, inclusive quienes tenemos responsabilidad en la formación de los profesionales.

Planteo este aspecto porque aporta a este complejo tema de los medicamentos en general y de los medicamentos de alto precio en particular.

Después de que el ministro nos pidiera que aportáramos desde la perspectiva clínica, observamos que se daba esa situación; es más, hemos realizado intervenciones con colegas que han prescripto medicamentos igualmente eficaces en materia de seguridad. Reitero que se opta por el de mayor precio y no por el de menos costo.

Con la independencia que tiene y debe seguir teniendo la academia a la hora de asesorar a los tomadores de decisiones sobre la incorporación de medicamentos de alto precio -como en este caso-, creo que no podemos escapar del problema y decir que es solo del regulador o del ministerio, porque también lo es de quienes prescribimos los medicamentos, es decir, los médicos clínicos.

Se inició un proceso de trabajo en forma conjunta con la clínica de la Facultad de Medicina solicitando asesoramiento sobre fármacos en general y procedimientos, a efectos de determinar cuáles había que priorizar. Esto se viene desarrollando desde hace una semana, y como bien ha dicho el señor ministro, hubo reuniones en las que participaron el doctor Basso y distintos asesores de diferentes servicios de la facultad. Se han recibido las primeras devoluciones desde la academia sobre qué es lo que habría que priorizar; después se pasará a la evaluación de las posibilidades del país de incorporarlos.

Otro aspecto que quiero mencionar es el siguiente, reafirmando lo manifestado por la profesora Delgado. Cuando uno sale del Uruguay y ve qué sucede en la región y fuera de ella comprueba que estamos posicionados en un lugar de acceso a fármacos de alto precio. Los médicos siempre queremos acceder a la última tecnología y al último fármaco, pero sabemos que en determinados países utilizan los fármacos en un contexto de innovación o a través de seguros privados. Por lo tanto, puedo decir que en cuanto al acceso universal estamos mucho mejor que en otros lugares.

Yo soy internista y trabajo en el área de autoinmunes, es decir, soy un prescriptor de fármacos de alto precio y también estoy del otro lado del mostrador con el Fondo Nacional de Recursos. Recientemente asistí al Congreso Panamericano de Bromatología

realizado en Buenos Aires, y conversando con algunos colegas de la región me comentaron que siguen teniendo enormes problemas por el acceso a los fármacos.

A veces no hay que mirar solo el medio vaso lleno sino también el medio vaso vacío en el sentido de que hay que seguir avanzando para mejorar. Si uno observa el contexto, sale de la perspectiva clínica deseando lo mejor para el paciente, y siempre está innovando y participando de actividades científicas para mejorar, puede decir que nuestros pacientes tienen acceso a fármacos de alto precio.

La realidad indica que estamos mucho mejor que el resto de la región, con relación a la cobertura universal de estos medicamentos.

Con relación a la ordenanza -yo recién me incorporo, pero el procedimiento se continúa-, hubo casi un 60% de respuestas favorables. Si uno evalúa lo que ocurrió en 2017 -previo a mi incorporación a esta tarea compleja de asesorar al ministro para la toma de decisiones con relación al procedimiento abreviado- podrá comprobar que básicamente se tomó en cuenta la evidencia científica con respecto a la eficacia de los medicamentos que se proponen para cada caso.

El hecho de que un medicamento sea eficaz para determinado paciente con cierta patología y determinada comorbilidad, no significa que también tenga la misma eficacia en otro paciente con otra patología o, si tiene la misma patología, con otras comorbilidades. Por eso la variabilidad.

Digo esto porque el señor diputado Lema planteó que podría haber existido alguna diferencia respecto de los fármacos. Hubo diferencias, pero el criterio utilizado es el de la eficacia clínica en un procedimiento establecido por la ordenanza, que es el de caso a caso.

Quiero aclarar que la ordenanza -así lo establece- está pensada para los fármacos que no están incluidos en el FTM. Por eso, cuando un fármaco se incluye en el FTM, automáticamente se lo excluye de la ordenanza. En ese caso, el paciente tiene la opción de recurrir a la vía judicial y solicitar un amparo. Reitero que la ordenanza fue creada para los fármacos que están fuera del FTM. Entonces, hay que tener cuidado cuando se solicita un fármaco que está incluido en el FTM. Por ejemplo, el fármaco Mituximab está incorporado el FTM para algunas enfermedades hematooncológicas y autoinmunes sistémicas, pero cuando uno lo quiere utilizar para ciertas enfermedades autoinmunes sistémicas, no encuentra evidencia suficiente que demuestre un adecuado perfil de eficacia y seguridad. Es cierto que figura en el FTM, pero para determinada patología no se ha demostrado su eficacia y seguridad.

Existe la utilización de fármacos por fuera del formulario o que ni siquiera están registrados para los usos que se determinan, pero aunque su utilización presente cierta lógica -por ejemplo, si lo usamos en la artritis reumatoidea porque inhibe determinado *target* terapéutico- podría tener alguna respuesta; no tenemos evidencia y quizá nunca la generemos porque son enfermedades de poca prevalencia. Esto no quiere decir que podamos avanzar en financiarlo desde las políticas públicas sobre financiamiento público.

Sin duda que este es un tema sumamente complejo en el que intentamos ayudar desde una mirada sesgada que tiene sus limitaciones, básicamente, desde una perspectiva clínica. Trabajamos interactuando con otros compañeros y colegas del ministerio y del Fondo Nacional de Recursos, que tienen más experiencia que nosotros con relación a priorizar y cómo tomar las mejores decisiones. Como decía el señor diputado Lema, los recursos son finitos y lo que se prioriza no es algo ilimitado.

Hay un *boom* impresionante de fármacos biológicos y no biológicos que es exponencial y que seguirá creciendo. Hay un gran desarrollo de fármacos dirigidos a objetivos concretos de señalización celular que no son de desarrollo biotecnológico, pero si de alto precio.

¿Cómo salimos de esto? Reitero que es una situación muy compleja. Hoy estamos trabajando en la ordenanza tratando de respetar y tomar en cuenta la mejor evidencia científica disponible cuando exista una solicitud particular y, por otro lado, en asesorarnos con la facultad respecto a la incorporación de nuevas prestaciones, tanto en lo que tiene que ver con medicamentos como con lo que no involucre medicamentos. Reitero que estamos trabajando con todas las cátedras, solicitando a la academia que nos digan cuáles son los procedimientos o los fármacos que habría que priorizar en función de la nueva evidencia que surgió en los últimos años.

SEÑOR LEMA (Martín).- Cuando hablé de la diferencia y la desigualdad -expresión que ratifico; reitero que tengo documentos para basarme en esto- no me refería a que los pacientes, con la misma patología, pudieran tener comportamientos distintos ante el mismo medicamento. No estoy incursionando en ese aspecto científico ni en esa valoración, sino que estoy hablando de la madre, de la raíz, que es el criterio.

No hablo de que se analizan dos pacientes desde el punto de vista científico y que se pueden obtener dos resultados distintos -no soy quién ni tengo las credenciales para decirlo-, sino que he leído informes, algunos han sido contestados por el Ministerio de Salud Pública, que indican que se atiende puramente lo clínico. También he leído otros informes que dicen que se atiende al costo- beneficio y algunos otros que manifiestan otros criterios.

Lo que solicito es que tengan una uniformidad de criterios porque es la forma de generar igualdad y justicia.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Comprendo la preocupación del señor diputado Martín Lema, pero es imposible hacer lo que él dice, porque cada paciente es distinto. Entonces, analizado desde el punto de vista científico, técnico, a este paciente se le puede otorgar el medicamento que pide, pero como tiene una comorbilidad, otra enfermedad, que agrava su pronóstico, ahí entra el costo- beneficio. Por lo tanto, es muy difícil hacer una grilla de partida y medir a todos los pacientes por igual. Creo que la única posibilidad que hay es la que el doctor Martín Rebella acaba de plantear. Es imposible mediar con la misma vara a todos los pacientes; para algunos será costo- beneficio, para otros la comorbilidad, y así sucesivamente. Por eso, en los fallos va a haber siempre distintos criterios. Creo que sería una mala cosa tener una grilla de partida y que todos los pacientes sean medidos con el mismo punto de vista. Hay distintos enfoques, y eso es lo importante de este sistema.

SEÑOR LEMA (Martín).- Quiero hacer una aclaración.

En primer lugar, esto lo dicen las ordenanzas del Ministerio de Salud Pública. Yo trato de hacer un seguimiento paulatino.

En su momento, en la generalidad de pacientes se dispuso no incorporar algunos medicamentos por un tema de costo- efectividad. La doctora Lucía Delgado dijo que en la Ordenanza N° 86 de 27 de febrero de 2015 no se avalan cetuximab, vemurafenib, lenalidomina, que después se terminó incorporando y sorafenib para una patología, pero no para otra.Yo estoy hablando de dos pacientes con la misma enfermedad y a quienes su médico tratante le indica el mismo medicamento. No es que viene de la luna un paciente a solicitar un medicamento. En un caso se aplica un criterio clínico y, en el otro, negación por costo- efectividad. Si el factor costo- efectividad en el mismo medicamento

para la misma enfermedad va a pesar, debería pesar para los dos. Si se va a analizar el factor clínico, debería analizarse para los dos. Esa es mi posición y la voy a mantener porque estoy convencido.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Como dice el señor diputado Martín Lema, puede haber dos pacientes que tienen una misma enfermedad y se les prescribe el mismo medicamento, pero el criterio que se aplica es distinto para un paciente que para otro. Simplemente eso. Así lo interpreto yo.

SEÑOR LEMA (Martín).- Entonces, siguiendo ese razonamiento habría que establecer cuándo se aplica un criterio y cuándo otro. No puede quedar a decisión de algunos asesores aplicar un criterio u otro a una persona según su circunstancia clínica. Si es un tema de edad, que se disponga un protocolo. Siguiendo esos criterios, yo he visto casos en lo que a algunas personas se les negaba el medicamento por costo-efectividad y capaz que estaba justificado. Yo creo que no se necesita una justificación, porque estamos en el marco de los grises.

Si el análisis de la Comisión Técnica Asesora va a tener parámetros de la franja etaria, me parece que habría que tener un protocolo -que no es una mala cosa-, para que cuando los asesores recomiendan dar un medicamento den garantías a quienes lo están solicitando de que se está actuando con justicia y con igualdad.

SEÑORA DELGADO (Lucía).- El costo- efectividad varía caso a caso. Además, toma en cuenta la efectividad que depende de las comorbilidades, de la edad, de la expectativa de vida; todo eso condiciona el beneficio. No me refiero al costo- efectividad que sale publicado, sino a que este es el costo y este es el beneficio esperado. Quizás no deberíamos llamarle costo- efectividad. En realidad, lo que expresa es: para esto que tiene tal costo, cuál es el beneficio. El beneficio depende del caso individual. Este artículo incorpora seiscientos cincuenta pacientes, que tienen entre veintinueve y setenta y cinco años, una serie de características particulares y, globalmente, se observa determinado beneficio. Si después se ve el análisis de subgrupos de acuerdo a las características de los pacientes, por ejemplo, la temozolomida para el tratamiento de las tomas grado 4. El beneficio es pobre globalmente, según surge del estudio. Después, si se ve el análisis de acuerdo a los subgrupos, los pacientes que solamente terminaron en biopsia, que no se resecan, tienen un beneficio que no es estadísticamente significativo. Lo digo porque eso no aparece en ningún lado, se pide y ya está. En realidad, si uno lee en detalle el beneficio que surge de cada estudio, podrá ver que varía según la edad, pero a veces, no siempre. Se estudian todas las características y se ve cuánto se beneficia cada subgrupo. A veces se conoce cómo varía de acuerdo a esas características y a veces, no; depende del estudio. Cuando se conoce, hay un beneficio que va a variar según muchas características del paciente. Todo eso se hace desde el punto de vista del asesoramiento técnico, de los referentes convocados y de la unidad médicos que están especializados, precisamente, en ese tipo de análisis.

Tal vez, el error es llamarlo costo- efectividad, porque en realidad no describe bien de qué se trata. Es un atrevimiento de mi parte, pero pienso que habría que modificar la terminología.

SEÑOR LEMA (Martín).- Yo estoy hablando de que se tomaron diferentes criterios, ya sea porque costo- efectividad está mal llamado, porque en otros casos ni se apeló al concepto que expresa esta terminología, o porque esos criterios fueron variando. Lo que quiero decir es que mientras en algún caso se decía que lo daban puramente por lo clínico y no se tenían en cuenta los costos, en otro sí los tenían en cuenta; en otro se decía que no se lo podían dar porque era para determinada patología; y en otro caso, aplicaban un criterio distinto. Hablo de multiplicidad de criterios. Llámenlo como les

parezca. De todas formas, como quiero aprender, me gustaría que, en lo que refiere al llamado hasta el momento -capaz que después se cambia- costo- efectividad en los casos individuales, nos remitan a la Comisión cuáles son los criterios en los que se basan los informes para poder interiorizarnos en cómo se maneja este tema a nivel mundial y cuál es el que recoge nuestro país.

SEÑORA FERREIRA (Alicia).- En cuanto a los procedimientos o prestaciones que están en esta puerta giratoria de la que tanto se ha hablado, quiero hacer tres aclaraciones y, además, responder sobre los acuerdos de riesgo compartido.

Desde que se instaló el Sistema Nacional Integrado de Salud en el año 2007, el Fondo Nacional de Recursos ha ido modificando su rol dentro del sistema. Actualmente, el rol que tiene es, precisamente, de seguro complementario del Fondo Nacional de Salud para aquellas prestaciones cuyo financiamiento a través de un modelo centralizado hace que sea más eficiente el uso de los recursos públicos -la salud hoy está financiada por ellos- y, a su vez, permite que exista continuidad en la atención de los pacientes. El concepto de que solamente existen prestaciones de medicina altamente especializada quedó, si se quiere, en una situación más gris, porque lo que más importa es cómo se financian los medicamentos para los pacientes que están en el Sistema Nacional Integrado de Salud. El ejemplo más claro que siempre se pone es por qué la diálisis, que es un procedimiento de relativo bajo costo, sigue estando financiada por el Fondo Nacional de Recursos. Precisamente, la explicación es porque el sistema de prestaciones de control y de evaluación que se realiza en todos los centros de diálisis del país tiene mucha trascendencia y, sobre todo, el Fondo Nacional de Recursos tiene mucha experiencia, y eso nos ha permitido recibir las felicitaciones de otros países por la forma en que se llevan los registros y se brinda la atención.

Actualmente, el Fondo del Sistema Nacional de Salud, o el Seguro Nacional de Salud es uno y se vuelve hacia el financiamiento del Fondo Nacional de Recursos a través de las cápitas, en base a esos criterios de los que hablaba recién; es decir, si es más eficiente que la compra sea centralizada o si es más eficiente que sea distribuida a través de todos los prestadores. Aquí voy al ejemplo de los medicamentos, que es lo que preguntaba el señor diputado Martín Lema.

La negociación que realiza el Fondo Nacional de Recursos con los laboratorios, muchas veces con estos esquemas de riesgo compartido, ha permitido que los precios de algunos medicamentos realmente hayan bajado muchísimo.

En mayo salió una publicación interesante de Economía de la Salud, en la que se hace una recopilación de varios países acerca de cómo utilizan la modalidad de compra de medicamentos basada en la indicación del medicamento. Es una modalidad relativamente nueva. Y en una de las revisiones que se realizó en 2016 se planteaba cómo hacer para financiar en forma universal un medicamento altamente eficaz y efectivo como el pertuzumab -que describió muy bien la profesora Delgado-, que tiene un precio muy alto, con las metodologías que se utilizan en el mundo desarrollado, y que estamos utilizando acá. De hecho, allí se decía que el umbral de costo- efectividad que existe, por ejemplo, en el Reino Unido es de £ 20.000 por año. Sin embargo, este medicamento lo supera ampliamente; es decir, no es costo- efectividad, póngase el precio que se ponga. El precio debería bajar muchísimo para que en los métodos de costo- efectividad resultara ser financiable. Sin embargo, en Uruguay lo incorporamos. ¿Cómo lo hicimos? Con un esquema de riesgo compartido, que se hizo con el laboratorio que lo produce. Esto permitió que un medicamento que no se hubiera podido otorgar simplemente por la compra directa o por el precio, se pudiera brindar a todos los pacientes que lo precisen. Esto implica un riesgo financiero compartido, que es el famoso ganar- ganar; ganan los

pacientes, gana el país y el laboratorio mantiene su nivel. Y la respuesta de por qué este laboratorio realiza un acuerdo de este tipo con nosotros es porque Uruguay tiene registros muy buenos e incomparables con respecto a la epidemiología y a los tratamientos que se realizan, en este caso para el cáncer. Además, porque en nuestro país no hay agendas ocultas, porque el precio y las propuestas de pago son lo que son y no existe ningún otro tipo de pago, como pueden existir en otros países. A esto se agrega que el laboratorio sabe que luego de que emite la factura estará recibiendo el pago a los treinta o sesenta días, como máximo. Existe una confiabilidad en el sistema de financiamiento que permite, precisamente, que nuestro país haga este tipo de acuerdo de riesgo compartido. Este es uno de los últimos que hemos hecho, por el cual se incluyó todo el tratamiento que existe en el país para el cáncer de mama HER2 positivo. Anteriormente, hicimos otros acuerdos de riesgo compartido, a los que me he referido en otras comisiones. Por ejemplo, se realizó un acuerdo con un laboratorio por uno de los medicamentos para el cáncer que, según los estudios científicos de sobrevida, mostraba que prolongaba la vida o permitía una sobrevida de alrededor de un año. El acuerdo que se hizo fue que el Fondo Nacional de Recursos pagara esos doce meses de tratamiento y si el paciente -todos sabemos que la variabilidad existe en la vida de los pacientes; los estudios lo que muestran es un promedio- vive más, esos otros meses de tratamiento quedan a cargo del laboratorio. Eso permite dar certidumbre al gasto y proyectarlo en varios años en el presupuesto del Fondo y, además, que exista transparencia en todos los sentidos.

Entre los procedimientos que están planteados incorporar -lo hicimos el año pasado y este también, como fue repetido varias veces-, figura el de la priorización, para poder incluir las prestaciones en base a todos esos criterios. El año pasado y este año se incorporó la lenalidomina. También, un nuevo medicamento para un nuevo grupo de población que tiene la enfermedad por infección del virus de la hepatitis C. Se trata de un medicamento pangenotípico, o sea, cubre a todos los genotipos, y tiene la posibilidad de tratar a un mayor número de pacientes que los medicamentos que teníamos hasta ahora.

Si se me permite, voy a hacer un paréntesis para ejemplificar con un caso concreto lo que pasa con los precios de los medicamentes. Estos medicamentos para la hepatitis C comenzaron teniendo un precio, por tratamiento, de € 89.000. Sin embargo, en el Fondo Nacional de Recursos lo estamos comprando ahora a US$ 4.500 el tratamiento. Y otro medicamento de otro laboratorio, que lo empezamos comprando a alrededor de US$ 15.000 el tratamiento, ahora cuesta -en el día de ayer, nos mandaron una cotización que lo rebajaba- US$ 5.000. Y eso fue porque conseguimos el otro medicamento a US$ 4.500. El tema del precio de los medicamentos es muy variable y, por eso, el equipo técnico del Fondo Nacional de Recursos, que asesora a la Comisión y al ministro, trabaja en mecanismos de negociación con la industria -además de la compra conjunta y de la compra a través el Mercosur, que ha logrado muy buenos resultados- para que sea posible la cobertura universal de esos medicamentos.

Los otros procedimientos que se han incorporado, como decía el señor ministro, son el cardiodesfibrilador en prevención primaria y la endoprótesis aórtica, que fue priorizada para los pacientes con aneurisma. También, se está analizando y priorizando el impacto que van a tener otros medicamentos, como el fingolimod, y procedimientos que han demostrado que tienen valor clínico agregado y cuyo costo se puede asumir razonablemente desde el punto de vista presupuestal para su incorporación.

SEÑOR LEMA (Martín).- Agradezco los aportes que se han hecho en estos temas. Nunca me quedo solamente con lo que se discute acá. Me gusta monitorear el cumplimiento. Hay cosas que compartimos y otras con las que discrepamos, siempre en la fraternidad armonía y respeto por el esfuerzo y el pensamiento del otro.

SEÑORA DELGADO (Lucía).- La información del Instituto Nacional de Cáncer que acabo de recibir dice que Buenos Aires no tiene banco de drogas y que el Banco de la Nación no cubre el pertuzumab. Estoy segura de que fue un error de percepción. Quería decirlo porque es importante.

SEÑOR LEMA (Martín).- Busqué la fecha: julio de 2016. Reitero que lo que me dijo la señora ministra Ana María Bou Pérez fue que el Estado, en Buenos Aires, financia estos medicamentos. Yo estaba con dos asesores y nos quedamos bastante impresionados por la agilidad. Haré la solicitud formal al gobierno de Buenos Aires para saber quién lo paga. No tengo por qué desconfiar de lo que dice la doctora Delgado. Simplemente, no sé si dice que nadie cubre estatalmente en el gobierno de Buenos Aires o si la versión se debe a los carriles de comunicación de un instituto a otro. Por otra parte, yo me puedo equivocar perfectamente. Entablaré las comunicaciones necesarias para saber oficialmente de dónde surgió el testimonio de la señora ministra de Salud Pública de Argentina.

SEÑORA DELGADO (Lucía).- El Programa Nacional de Control de Cáncer que pertenece al Ministerio de Salud Pública, en otros países como Estados Unidos, Argentina y Brasil es el Instituto Nacional del Cáncer. No es como aquí, un centro oncológico, sino que es el Programa Nacional de Control de Cáncer. Me acaba de pasar la información la dirección del Programa de Argentina. Nunca dudé de la palabra del señor diputado. Pero a veces, si uno no es oncólogo y no está en el tema específico… Por eso es bueno compartir la información.

SEÑOR LEMA (Martín).- Tanto es así lo que me dijo y me quedó registrado, que elogiaban los protocolos de Uruguay, porque como ello no tienen protocolos y poseen inclusión, debían empezar a ordenarse porque se les está escapando la cifra y no están pudiendo monitorear. Hasta de eso hablamos en esa reunión.

Agradezco el comentario. Es un buen tópico de debate.

SEÑORA PRESIDENTA.- Se pasa a considerar el tercer punto del orden del día, que refiere a la opinión del Ministerio con respecto al proyecto de ley presentado por la señora diputada Reisch sobre el consumo abusivo de drogas.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Solicito que el doctor Ariel Montalbán, que trabaja en el área de salud mental -muy vinculada con las adicciones-, haga uso de la palabra.

SEÑOR MONTALBÁN (Ariel).- Saludamos la presentación de este proyecto que pretende contribuir con una problemática de alta prevalencia, de alto costo individual, familiar, social, sanitario y económico para el país.

Poner el tema de la voluntad anticipada en salud mental arriba de la mesa, me parece de total pertinencia.

Desde hace mucho tiempo, se viene trabajando en la problemática del consumo. Ha habido importantes avances en el país. Quiero dejar en claro esto, porque leí en algún acta que alguien decía -no recuerdo quién- que no se ha hecho nada. Se ha hecho mucho desde la Red Nacional de Drogas, el Sistema Nacional Integrado de Salud, el PIAS, el Plan de Prestaciones de Salud Mental y diferentes ordenanzas que tienen que ver con la constitución de equipos para el tratamiento de esta problemática en todos los prestadores, con la exigencia de que tengan una línea telefónica para atenderla y con la obligatoriedad de internación en los sanatorios generales. Asimismo, estas ordenanzas tienen que ver con la captación de adolescentes en episodios de embriaguez y la coordinación de espacios de adolescentes con los prestadores, etcétera.

No hay ninguna duda de que queda mucho por transitar. Esto no quiere decir que estemos satisfechos. No; queda mucho por trabajar. Esto no es fácil. Es una problemática compleja porque es multidimensional, multicausal, en la que los determinantes sociales son preponderantes, influye lo cultural, el estigma, los prejuicios y necesariamente tiene que ver con las políticas, los paradigmas y los modelos, planes y organización de los servicios.

La evidencia científica sostiene -y nos lo dice la experiencia- que se trata de una enfermedad contemplada en el capítulo de trastornos mentales de los manuales de clasificación de la OMS y de la asociación psiquiátrica norteamericana. La dependencia es una enfermedad crónica. Es una condición crónica, pero no estable a lo largo de todo el devenir de la enfermedad, sino que pasa por distintas etapas y momentos evolutivos, muchos de los cuales son reversibles. Hay intervenciones que tratan de volver a la persona a una condición de estabilidad, si bien mantiene la enfermedad. Además, tiene una alta comorbilidad con otros trastornos mentales. Eso es indudable. Hay estadísticas que hablan de que tal patología tiene tanta comorbilidad -está en el 60% o más-, dependiendo de ella. También tiene una alta tasa de recaída en los centros de referencia, en los más especializados, con tratamientos protocolizados. Es una enfermedad, una condición crónica, mejorable, tratable, pero con una alta tasa de recaída que está por encima del 80%, si hacemos un promedio de la mayoría de los centros. Es necesario elaborar estrategias de tratamiento para cada caso en particular; deben ser evaluadas y rediseñadas para cada momento de la enfermedad; deben ser multidisciplinarias e integrales.

Hay un marco legal jurídico internacional que tiene que ver con documentos de las Naciones Unidas, de la OMS, conocidos por todos. En Uruguay contamos con la Ley Nº 19.529, que fue objeto de estudio por parte de ustedes.

Hubo un reclamo de los familiares y de las organizaciones sociales defensoras de los derechos humanos en el sentido de que la problemática del consumo esté comprendida dentro de las políticas y los planes de la Ley de Salud Mental. Eso ocurrió. El artículo 5º establece eso claramente.

Asimismo, el artículo 24 de la Ley de Salud Mental establece que la hospitalización es considerada un recurso terapéutico de carácter restringido y deberá llevarse a cabo solo cuando aporte mayores beneficios que el resto de las intervenciones realizables en el entorno familiar, comunitario, social, de la persona.

La ley -voy a lo general- implica un modelo de atención en el que la internación está indicada en un momento evolutivo de la enfermedad, pero claramente se debe procurar todas las alternativas terapéuticas que no pasan por la internación y están claramente definidas. Se propenderá, en todo momento, a la internación voluntaria. Está considerado el consentimiento informado. Se debe propender a que la persona por su propia voluntad acceda a los tratamientos.

También se contemplan los casos en los que la persona no es capaz de tomar la decisión, cuya internación es involuntaria. El literal A) habla del riesgo inminente de vida y el literal B) habla de la internación involuntaria cuando la capacidad de juicio del paciente está alterada y esto implica un deterioro de su condición de salud, pudiéndosele realizar tratamientos que beneficiarán su situación.

En este sentido, consideramos que la internación en situaciones en las que la persona no es capaz de decidir está contemplada en la ley. Lo que pasa es que la ley, en el modelo y en el paradigma de derechos, hace que esa situación se mantenga mientras la persona no está capacitada para decidir.

Lo otro que es importante en lo que hay acuerdo y existe evidencia científica es que el éxito del tratamiento depende necesariamente del compromiso y de la voluntad de la persona en transitarlo. Tenemos experiencia al respecto, más allá de que existe evidencia. Nosotros dirigimos dos servicios de fármacodependencia en el país -en una mutualista y en un prestador de ASSE-, ya sabemos que una internación que se mantiene contra la voluntad de la persona, termina siendo perjudicial para ella misma. El acuerdo es que no es posible considerar la voluntad anticipada únicamente en la internación. La voluntad anticipada fue un pendiente de la Ley de Salud Mental y quedó para un futuro. Ahora, está siendo considerada en otros países. Se está tratando en el ámbito de toda la problemática de salud mental, en el que están presentes las adicciones. Se trata de elaborar un procedimiento que permita, conjuntamente con la persona, su familia y los técnicos, en un proceso de relación de equipo de salud familia- paciente, determinar en qué situaciones la persona puede expresar una voluntad anticipada en cuanto a que se aplique determinado tratamiento cuando se dan ciertas condiciones. Creemos que es necesario trabajar este aspecto. No creemos que deba restringirse o entrar al tema por la internación, sino que debemos ver todo el abanico de situaciones en el que las personas que tienen un trastorno mental quedan expuestas. En la etapa en que no son capaces, se debe garantizar que su voluntad, que ha sido trabajada, pueda ser considerada. La internación debería ser la excepción.

Hay que priorizar la promoción, la prevención, la detección precoz, la captación por el sistema de salud, fundamentalmente en el primer nivel. Estamos trabajando intervenciones desde el primer nivel de atención que tiendan a la captación precoz, a desestimular, a educar o a hacer un triaje de los que deben pasar a un equipo especializado.

En este momento, en el Ministerio estamos trabajando en la reglamentación de la ley. El señor diputado Lema, cuando se aprobó la Ley de Salud Mental, dijo que iba a hacer un seguimiento. Nos parece fundamental. Hicimos una primera etapa de reglamentación que tiene que ver con garantizar derechos, con la notificación de las internaciones involuntarias, de las internaciones que se prolongan más de cuarenta y cinco días y de las competencias de un órgano de contralor, que está a consideración del Consejo de Ministros para su aprobación

Asimismo, estamos trabajando en una segunda etapa que tiene que ver con las estructuras alternativas. Necesariamente, la internación tiene distintos niveles. Una cosa es la internación de tiempo total; otra, el hospital de día; otra, el hospital de noche; otra, el hospital de fin de semana; otra, la domiciliaria.

Estamos convencidos de que la voluntad anticipada no es un aporte para la internación. Cuando la internación es necesaria, eso está contemplado en la Ley Nº 19.529 y están dadas las garantías para que se realice. El proyecto de ley se refiere a cuando la persona no está bajo los efectos de la droga. ¿Qué quiere decir "estar bajo los efectos de la droga"? ¿En qué momento la persona "no está bajo los efectos de la droga"? Es altamente impreciso el momento en que la persona puede expresar su voluntad en cuanto a una internación que debe estar indicada por el equipo médico tratante. El equipo la debe estudiar en el contexto de todos los recursos psicofarmacológicos, psicosociales y comunitarios que existen para ella.

Entonces, creo que hay que profundizar el tema de la voluntad anticipada y que en la etapa en la que estamos la ley ofrece una clara respuesta al planteo realizado. Comprendemos la angustia de los familiares claramente y creemos que no es posible avanzar sin la persona y la familia.

Quiero resaltar la sensibilidad de la señora diputada Reisch al haber tomado este tema en el que nosotros queremos seguir contribuyendo.

SEÑORA REISCH (Nibia).- A modo de despedida quiero destacar que reconocemos en todos la buena voluntad al diálogo y la receptividad a los planteos.

Lamentablemente no podremos continuar porque tenemos actividad parlamentaria a la hora 16 y debo participar en la sesión en nombre de mi partido.

Me parece que es bueno generar un intercambio en este sentido, pero por la dinámica y por lo interesante de los dos primeros asuntos que consideramos y el debate, que fue enriquecedor, nos quedamos con pocos minutos para considerar este tema.

Quisiera pedir que si fuera posible coordináramos para que ustedes concurran nuevamente por este tema a la Comisión a fin de poder debatir con tiempo, como se debe, e intercambiar opiniones. Si no tienen inconveniente -ya que estamos sobre el filo de la hora reglamentaria- recibiremos a quien el señor ministro designe para analizar este tema en profundidad.

SEÑORA PRESIDENTA.- Les agradecemos la presencia. El intercambio ha sido muy bueno pero pedimos disculpas porque por los protocolos de la Cámara no podemos continuar sesionando.

Se levanta la reunión.

